



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la
Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud**

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
**Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
(E)**

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

EQUIPO TÉCNICO

© **Ministerio de Salud y Protección Social**

Cra. 13 # 32-76

PBX: (57-1) 330 50 00

Bogotá D.C. Colombia.

Febrero de 2017

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MSPS a través de su portal web www.minsalud.gov.co

Contenido

1. ATENCIÓN EN SALUD POR PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA PRIMERA INFANCIA	9
1.1 Objetivos	9
1.2 Población sujeto	10
1.3 Atenciones incluidas	10
1.4 Competencias del talento humano	10
1.5 Descripción del procedimiento	12
1.5.1 Anamnesis	12
1.5.2 Examen físico.....	15
1.5.3 Información en salud.....	18
1.5.4 Plan de cuidado	19
1.6 Instrumentos, insumos y dispositivos.....	22
2. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA INFANCIA	22
2.1 Objetivos	22
2.2 Población sujeto	23
2.3 Atenciones incluidas	23
2.4 Competencias del talento humano	23
2.5 Descripción del procedimiento	24
2.5.1 Anamnesis	24
2.5.2 Examen físico.....	26
2.5.3 Información en la salud.....	29
2.5.4 Plan de cuidado	30
2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos.....	32
3. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA ADOLESCENCIA	33
3.1 Objetivos	33
3.2 Población sujeto	33
3.3 Atenciones incluidas	33
3.4 Competencias del talento humano	34

3.5	Descripción del procedimiento	34
3.5.1	Anamnesis	35
3.5.2	Examen físico.....	37
3.5.3	Información en salud.....	41
3.5.4	Plan de cuidado	42
3.6	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	44
4.	ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA JUVENTUD	45
4.1	Objetivos	45
4.2	Población sujeto	45
4.3	Atenciones incluidas	45
4.4	Competencias del talento humano	46
4.5	Descripción del procedimiento	46
4.5.1	Anamnesis	46
4.5.2	Examen físico.....	48
4.5.3	Información en salud.....	51
4.5.4	Plan de cuidado	52
4.6	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	54
5.	ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA ADULTEZ	55
5.1	Objetivos	55
5.2	Población sujeto	55
5.3	Atenciones incluidas	55
5.4	Competencias del talento humano	56
5.5	Descripción del procedimiento	56
5.5.1	Anamnesis	57
5.5.2	Examen físico.....	60
5.5.3	Plan de cuidado	62
5.6	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	65
6.	ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA VEJEZ	

6.1	Objetivos	66
6.2	Población sujeto	66
6.3	Atenciones incluidas	66
6.4	Competencias del talento humano	67
6.5	Descripción del procedimiento	67
6.5.1	Anamnesis	68
6.5.2	Examen físico.....	72
6.5.3	Información en salud.....	77
6.5.4	Plan de cuidado	77
6.6	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	79
7.	ATENCIÓN EN SALUD BUCAL	80
7.1	Objetivos	80
7.2	Población sujeto	80
7.3	Atenciones incluidas	80
7.4	Descripción del procedimiento	80
7.4.1	Anamnesis	80
7.4.2	Examen físico.....	81
7.4.3	Información para la salud	83
7.4.4	Plan de cuidado	84
7.5	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	85
7.6	Atenciones de protección específica para la salud bucal	85
7.6.1	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	85
7.6.2	Aplicación de flúor	86
7.6.3	Sellantes	87
7.6.4	Detartraje supragingival.....	88
8.	ATENCIÓN EN SALUD PARA LA VALORACIÓN DE LA TÉCNICA Y LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	90
8.1	Objetivos	90
8.2	Población sujeto	90
8.3	Atenciones incluidas	90
8.4	Competencias del talento humano	90

8.5	Descripción del procedimiento	90
8.5.1	Anamnesis	90
8.5.2	Examen físico.....	91
8.5.3	Información para la salud	91
8.5.4	Plan de cuidado	92
8.5.5	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	92
9.	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	93
9.1	Objetivos	93
9.2	Población sujeto	93
9.3	Atenciones incluidas	94
9.4	Competencias del talento humano	94
9.5	Descripción del procedimiento	94
9.5.1	Información para la salud	100
9.6	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	100
10.	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA	101
10.1	Objetivos	101
10.2	Población sujeto	101
10.3	Atenciones incluidas	101
10.4	Competencias del talento humano	101
10.5	Descripción del procedimiento	101
10.5.1	Información para la salud	105
10.6	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	105
11.	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA	106
11.1	Objetivos	106
11.2	Población sujeto	106
11.3	Atenciones incluidas	106
11.4	Competencias del talento humano	106
11.5	Descripción del procedimiento	106
11.5.1	Información para la salud	109
11.5.2	Plan de cuidado	110

11.6	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	110
12.	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLON Y RECTO	110
12.1	Objetivos	111
12.2	Población sujeto	111
12.3	Atenciones incluidas	111
12.4	Descripción del procedimiento	111
12.4.1	Información para la salud	113
12.4.2	Plan de cuidado	113
12.5	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	114
13.	ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN .	115
13.1	Objetivos	115
13.2	Población sujeto	115
13.3	Atenciones incluidas	115
13.4	Competencias del talento humano	116
13.5	Descripción del procedimiento	116
13.5.1	Consulta de Primera vez de planificación familiar y anticoncepción.....	116
13.5.1.1	Asesoría en anticoncepción.....	116
13.5.1.2	Anamnesis.....	117
13.5.1.3	Examen físico.....	118
13.5.1.4	Métodos de Anticoncepción.....	118
13.5.1.4.1	Anticonceptivos de solo progestágeno	120
13.5.1.4.2	Implantes de sólo progestágeno	121
13.5.1.4.3	Progestágeno inyectable de depósito	121
13.5.1.4.4	Píldoras de sólo progestágeno.....	122
13.5.1.4.5	Dispositivos intrauterinos	122
13.5.1.4.6	Anticonceptivos hormonales combinados	125
13.5.1.4.7	Condón Masculino y Femenino.....	130
13.5.1.4.8	Métodos de días Estándar:	131
13.5.1.4.9	Método de amenorrea por Lactancia Materna.....	131
13.5.1.4.10	Retiro (coito interrumpido).....	132

13.5.1.4.11	Métodos Permanentes Quirúrgicos	132
13.5.1.5	Plan de cuidado integral	133
13.5.1.5.1	Aplicación de Criterios de elegibilidad.....	133
13.5.1.5.2	Entrega y/o aplicación del método anticonceptivo	134
13.5.1.5.2.1	Educación en signos de alarma efectos secundarios y doble protección	134
13.5.1.5.2.1.1	Instrumentos, insumos y dispositivos	136
13.5.1.5.2.2	Consulta de Control de Anticoncepción	136
	Instrumentos, insumos y dispositivos	138
14.	FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN POLVO	139
14.2	Población sujeto	139
14.3	Atenciones incluidas	139
14.4	Descripción del procedimiento	139
15.	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA FAMILIA	141
-	Descripción de las intervenciones	¡Error! Marcador no definido.

1. ATENCIÓN EN SALUD POR PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA PRIMERA INFANCIA

1.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas.
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres o cuidadores y niños (as).
- Derivar a sesiones educativas individuales o grupales de acuerdo a los hallazgos en la valoración a fin de potenciar o desarrollar capacidades para el cuidado de la salud de los niños y niñas.

1.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las niñas y niños de 8 días a 5 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

1.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RIAPMS para el momento de la primera infancia:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Verificar u ordenar el suministro de micronutrientes.
- Verificar u ordenar la desparasitación intestinal.
- Información en salud a las niñas o niños, a sus familias o cuidadores.

1.4 Competencias del talento humano

Los profesionales encargados de la valoración integral de la primera infancia deben ser competentes en la realización de examen físico pediátrico, evaluación del desarrollo infantil, evaluación antropométrica y nutricional, valoración de la salud auditiva, visual y bucal, prevención del consumo de tabaco y cesación del consumo de tabaco así como en la formulación y seguimiento de planes de cuidado.

La valoración integral de la salud en la primera infancia debe ser realizada de forma complementaria entre los profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, el profesional de enfermería podrá ordenar los medicamentos definidos en el presente procedimiento.

En el caso de los niños de mayor riesgo, la valoración integral debe ser realizada por profesional de pediatría, o por profesionales de medicina general, de medicina familiar

o de enfermería bajo el acompañamiento o la supervisión de pediatría, exclusivamente en los casos en los que no sea posible contar con pediatría.

Se consideran niños con mayor riesgo aquellos con presencia de uno o más de los siguientes factores o antecedentes:

- Bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) (La atención se realizará según los Lineamientos del Programa Madre Canguro que estén vigentes).
- Prematurez (edad gestacional menor de 37 semanas, cuya atención se realizará según los Lineamientos del Programa Madre Canguro que estén vigentes).
- Anomalía congénita mayor o múltiple.
- Hospitalización neonatal mayor a 7 días.
- Patología perinatal o neonatal significativa (por ejemplo, asfixia perinatal, trastornos metabólicos persistentes, convulsiones, trastornos respiratorios, sepsis neonatal temprana que no respondió a primera línea de antibiótico; necesidad de reanimación neonatal, ventilación mecánica, cirugía neonatal, terapia de reemplazo renal, punción lumbar, o cualquier otro estudio o procedimiento invasivo).
- Condición crónica (neurológica, cardiovascular, respiratoria, metabólica, endocrinológica, gastrointestinal, renal o de otro tipo).
- Discapacidad (de cualquier tipo o con alto riesgo de presentarla por una condición identificada, por ejemplo, anotia, anoftalmía, agenesia de extremidades, resultados de estudio metabólico para enfermedades neurodegenerativas, etc.).
- Hijo de madre con sospecha o diagnóstico de depresión postparto.
- Hijo de madre con infección gestacional o perinatal con alto riesgo de malformaciones, problemas del desarrollo o necesidad de atención especial en salud en el niño (Por ejemplo, exposición a Sífilis, Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes virus, VIH-SIDA, Zika virus).
- Hijo de madre con complicaciones durante la gestación que hayan tenido repercusión en el hijo (en edad fetal, perinatal, neonatal o durante el primer año de vida).
- Niño con tamizaje o estudio positivo para alteraciones congénitas (hipotiroidismo congénito, errores innatos del metabolismo, hipoacusia, problemas visuales, etc.) o con sospecha de síndrome genético (Síndrome de Down, Intersexualidad, etc.).
- Niño con necesidad de tratamiento con medicamentos de forma crónica.
- Niño con antecedente de hospitalizaciones recurrentes (más de 3 en el último año), hospitalizaciones prolongadas (mayores a 2 semanas) o que haya necesitado atención en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Hijo de padres (especialmente la madre) con consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo aquellos con riesgo o sospecha de repercusión por consumo de

sustancias psicoactivas (por ejemplo, síndrome de alcoholismo fetal, anomalías congénitas, retraso en el desarrollo, síndrome de abstinencia, etc.).

- Hijo de padres con enfermedad mental con impacto en la estabilidad (estructural o funcional) de la familia o en el cuidado de los niños.
- Niño acompañante de mujer en privación de la libertad en centro carcelario.
- Niños con padres o hermanos con enfermedad catastrófica (incluyendo las neoplasias y las condiciones degenerativas), con discapacidad o con otra condición o situación que afecte negativamente el cuidado del niño en primera infancia.
- Niños víctimas de vulneración o violación de derechos humanos con o sin proceso de restablecimiento de derechos en curso (por ejemplo, maltratados o testigos de violencia intrafamiliar, abandonados, explotados, secuestrados, traficados o expuestos al consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas).
- Niño perteneciente a un hogar en pobreza extrema o en situación de calle.
- Niños que deban ser atendidos en rutas específicas de eventos de interés en salud pública.

1.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento. Es importante contar con la presencia del cuidador y/o acompañante del niño(a) durante la consulta.

1.5.1 Anamnesis

Durante el procedimiento se debe realizar una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

- a) Antecedentes personales, médicos (consultas a urgencias, síntomas recurrentes, otológicos, condiciones crónicas, etc.), hospitalarios, transfusionales, farmacológicos, alérgicos, quirúrgicos, vacunación, comportamiento general y relaciones interpersonales.
- b) Verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje auditivo, tamizaje de errores innatos del metabolismo, tamizaje de cardiopatía congénita.
- c) Establecer la historia de neurodesarrollo, en cada consulta, se debe indagar sobre los progresos del desarrollo del niño, sobre la adaptación e integración en los entornos de educación inicial, y se debe indagar sobre preocupaciones de los

padres respecto al desarrollo de los niños. Debe evaluarse por el desarrollo del lenguaje (Indagar aparición tardía de este) y del habla.

- d) En los antecedentes familiares debe hacerse un especial énfasis en: enfermedades hereditarias, asma, dermatitis atópica, problemas de desarrollo infantil, antecedente de muerte en hermanos, antecedentes de salud mental de los padres, como trastornos mentales (como depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros), conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, alteraciones de las emociones o del comportamiento; exposición a violencias, que incluye el maltrato infantil, matoneo, abuso sexual, abandono, negligencia, maltrato y violencia intrafamiliar, violencia sexual, víctimas del conflicto armado; duelo o muerte de personas significativas, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores. En el caso de exposición a violencias debe derivarse a la ruta de violencias. Identificar la exposición a humo de tabaco y presencia de antecedentes patológicos crónicos o agudos respiratorios.
- e) Alimentación en los niños menores de 6 meses: con qué frecuencia y forma en la que lacta (postura de la madre y del niño, agarre y succión), reconocimiento de hambre y saciedad del bebé, alimentación de la madre y cuidado de los senos, inconvenientes con la lactancia, inquietudes, planes para continuar con la lactancia en caso de retorno a la escuela o trabajo. En caso de que no lacte se deberá explorar por el tipo, frecuencia, cantidad y modo de preparación y administración de la leche de fórmula, así como el ofrecimiento de alimentos o bebidas diferentes a la leche. Deberá explorarse antes de los seis meses, la comprensión sobre el inicio de la alimentación complementaria. Finalmente el profesional de la salud deberá reforzar en la madre y / su acompañante la confianza en su capacidad alimentar adecuadamente a su hijo.
- f) Consumo y hábitos alimentarios en el niño mayor de seis meses indagando la frecuencia, cantidad, forma de preparación y tipo de alimentos (incluyendo consumo de azúcar y sal), para lo cual puede ser útil la indagación en las últimas 24 horas o en un día regular. Vale la pena conocer la edad de introducción de los diferentes alimentos durante la alimentación complementaria y la tolerancia a los nuevos alimentos. Para los niños mayores de 6 meses, se debe preguntar sobre la edad de introducción de los diferentes alimentos y la tolerancia a los mismos durante la alimentación complementaria. Debe verificarse si después del año de edad el niño ya consume la dieta familiar.

Las niñas y niños con los siguientes factores de riesgo se les debe ordenar una prueba de hemoglobina y según el resultado derivar a la Ruta Integral de atención para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales:

- Hijos de madres sin control prenatal durante la gestación inicio de la gestación con bajo peso, bajo peso durante la gestación IMC <20, pobre adherencia a la suplementación con hierro, madre adolescente, anemia durante la gestación y periodo intergenésico corto.
 - Hijos de madres con estado nutricional subóptimo durante el embarazo y sin suplementación de hierro durante la lactancia.
 - Antecedente de prematuridad o bajo peso al nacer para la edad.
 - Pinzamiento precoz del cordón umbilical.
 - Consumo de leche de vaca u otros alimentos en los primeros 6 meses sin suplemento de hierro.
 - Alimentación complementaria deficiente en alimentos ricos en hierro.
 - Rezago en el crecimiento
 - Infecciones recurrentes o antecedente de infección controlada en el último mes.
 - Pertenencia a un grupo étnico o a una zona endémica de parasitosis.
 - Exposición a contaminación por metales pesados (plomo y mercurio).
- g) Establecimiento de rutinas y hábitos saludables relacionados con: el sueño (cuántas veces y cuánto tiempo duerme, dónde duerme, cómo y con quién duerme, rutina para dormir y medidas para hacer el sueño seguro), baño, cambio de pañal (cuántas veces al día, características de la deposición), lavado de manos, cuidado bucal (desde el recién nacido) y cepillado de dientes, foto protección, evolución del control de esfínteres a partir de 2 años y limpieza del área perineal y actividad física.
- h) Prácticas de crianza y cuidado: formas de comunicación con el niño (expresión del afecto al niño, reconocimiento de los gustos o preferencias del niño); actividades para estimular el desarrollo (incluyendo la exposición a televisión o videojuegos) y el juego, cómo se relaciona con su familia y con otras personas y niños, conocimiento sobre cuándo está enfermo y qué hacer; creencias, prácticas e inquietudes sobre el establecimiento de límites y disciplina para corregir (uso de castigo corporal, maltrato físico o psicológico; manejo de rabieta y pataletas, refuerzos positivos), vivencia de violencia en el hogar (testigos, exposición al enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, o si al interior de la familia se dan formas de ejercer autoridad y poder que legitiman el uso de la violencia), prevención de accidentes (movilidad –uso de silla especial trasera, cinturón de seguridad, casco-, en la casa, espacios abiertos).

- i) Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia que le permitan comprender las condiciones de la familia y especialmente el ajuste de la misma con la crianza del niño(a), capacidades en relación con el proceso de desarrollo integral incluye la adaptación o ajuste con el nuevo bebé (distribución de tareas entre cuidadores o red de apoyo respecto a la crianza del niño, labores de la casa y otros hijos en caso tal, tiempo para el cuidado de sí mismo, de los cuidadores y para compartir en pareja, adaptación de los otros hijos con el nuevo bebe y como se maneja la situación, planeación y ajuste con el regreso a las actividades laborales de la madre en caso tal).
- j) Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

1.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se debe realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales incluyendo saturación de oxígeno por pulso oximetría. La tensión arterial debe tomarse con el manguito adecuado y debe establecerse su normalidad a través del uso de la tabla de percentiles de tensión arterial en niños y niñas. Se tomará a todos los niños mayores de 3 años de edad o a los menores de esta edad, si tienen síntomas recurrentes de cualquier tipo o antecedente de cateterización umbilical en el período neonatal.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se deben realizar en cada consulta:

Valoración del desarrollo: se evaluará el desarrollo de los niños en primera infancia a través de la percepción de los padres, cuidadores o maestros sobre el desarrollo del niño, así como a través de la aplicación directa de la Escala Abreviada de Desarrollo-3 (Anexo 1). Se aplicará también el test m-Chat (Anexo 2) para tamizaje de autismo de manera específica a todos los niños entre los 18 y los 30 meses de edad.¹

De encontrar alteraciones en el desarrollo o el comportamiento del niño, o alteraciones en los resultados de la Escala Abreviada de Desarrollo-3 o el m-Chat, se debe derivar a la atención resolutoria para la evaluación a profundidad del desarrollo del niño. Si la alteración fue detectada por profesional de medicina general o de enfermería, se debe hacer remisión inicialmente a pediatría. Si la alteración fue detectada por especialista en

¹ Este test podrá ser entregado a los padres y cuidadores, si sus condiciones lo permiten, para su diligenciamiento de forma previa a la consulta, por ejemplo en sala de espera, y en caso de que en alguna pregunta se haya indicado como alteración deberá verificarse durante la valoración.

pediatría, debe realizar las remisiones y estudios necesarios para establecer el diagnóstico etiológico, funcional y categórico.

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos, se realizará tomando las medidas de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (peso talla, talla/edad perímetro cefálico/edad). La clasificación antropométrica se realizará con base en lo establecido en la normatividad vigente (Anexo 3).

Si identifica alguna alteración o anomalía en la valoración nutricional y antropométrica, se debe derivar al niño o niña a la ruta específica o a atención resolutive por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud sexual se hará siempre y durante el examen físico. Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencia. La exploración de la región ano-genital permitirá descartar signos de violencia sexual. Así mismo, en niños debe evaluarse la presencia de criptorquidia, epi o hipospadias (si no se detectaron previamente), y en las niñas la presencia de sinequias vulvares.

Si identifica un factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anomalía en la valoración de la salud sexual, se debe derivar al niño o niña a una atención resolutive por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retínicas y coroides y rojo retiniano. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del niño.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual a partir de los 3 años de edad usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks).

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anomalía relacionada con la salud visual, se debe derivar al niño a la ruta específica o a atención resolutive por oftalmología u optometría, según sea el caso, para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se debe

aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4) y el cuestionario VALE (Anexo 5). Así mismo, debe verificarse la realización del tamizaje auditivo neonatal con tecnología dura; en caso de no contar con este tamizaje en los tiempos establecidos por la Ruta Integral de Atención en Salud materno – perinatal se debe ordenar y garantizar la toma en los primeros tres meses de vida y registrar el resultado en la historia clínica, si la prueba tamiz refiere alguna alteración se debe derivar al niño o niña a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o alteraciones auditivas.

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anomalía relacionada con la salud auditiva y comunicativa, se debe derivar al niño a la ruta específica o a la atención resolutoria por fonoaudiología y por pediatría, para ampliación de estudios para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud bucal: dirigida a realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. El propósito es el de identificar la ausencia de alteraciones de las estructuras.

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anomalía relacionada con la salud bucal, se debe derivar al niño a la ruta específica o a la atención resolutoria por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de lesiones físicas por exposición a situaciones de violencia intrafamiliar/ maltrato infantil (incluido abuso sexual) o por violencia de pares (matoneo), lesiones por consumo de SPA. Se realizará objetivamente a través de la valoración del desarrollo con el m-Chat (Anexo 2) y la Escala Abreviada de Desarrollo-3 (Anexo 1) y se complementa con la valoración de la dinámica familiar con el familiograma (Anexo 6) y el apgar familiar (Anexo 7). Debe realizarse un examen neurológico completo y se debe tener en cuenta la historia de neurodesarrollo.

Si se identifica algún factor de riesgo como trastorno mental o consumo problemático de sustancias psicoactivas o alcohol en los padres o cuidadores, duelo o pérdida significativa y convulsiones o ausencias, o se encuentra alguna alteración o anomalía relacionada con la salud mental o neurológica, se debe derivar al niño a la ruta

específica o a la atención resolutoria por pediatría y por psicología, trabajo social o psiquiatría infantil, según sea el caso, para el manejo respectivo.

Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

Otros aspectos físicos: se debe examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroidea y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos. Se debe examinar la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas. Es necesario verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia) y descartar la presencia de hernias, la identificación de deformidades y/o alteraciones rotacionales o angulares en los miembros inferiores. Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis). En general, debe realizarse un examen físico completo y de buena calidad, puesto que en pediatría se sabe que muchas veces pueden presentarse alteraciones que no habían sido percibidas por los padres ni por el niño como anormales, o que pueden producir síntomas que muchas veces han sido desestimados.

1.5.3 Información en salud

Debe hacerse siempre según los hallazgos, las necesidades identificadas en la consulta y las inquietudes o necesidades expresadas por el niño, padres o cuidadores. De esta forma, se debe proporcionar tanto a los cuidadores como a los niños. Por lo tanto, se recomienda tener en cuenta información sobre: prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos; prevención de violencias, promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo, de la adecuada alimentación, de prácticas para la adecuada manipulación de alimentos y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos; promoción de hábitos y estilos de vida saludables (prevención de la exposición a humo de tabaco), de prácticas deportivas organizadas, de actividad física basadas en las cinco claves de la inocuidad; evitación del sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas, de cuidado del oído y la visión, hábitos de higiene personal y de higiene bucal, alertas tempranas de las pérdidas auditivas, conductas protectoras incluyendo normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento de los ambientes tranquilos que propicien una audición segura, manifestaciones de las pérdidas auditivas; promoción de la salud mental; de prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón); signos de alarma para enfermedades prevalentes de la infancia asma, manejo adecuado

en casa y educar para consultar a urgencias en los casos necesarios. Se debe incluir información sobre derechos de los niños, derecho a la salud, y mecanismos de exigibilidad de los mismos.

De forma especial para los niños menores de 6 meses, se recomienda informar sobre las medidas y estrategias para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, aprender a reconocer el llanto en el bebé y sus necesidades, el establecimiento de prácticas de cuidado especiales como el baño y el cambio de pañales, las medidas para la prevención de la muerte súbita del lactante, signos de alarma y manejo básico de las condiciones prevalentes de la infancia (gripa, diarrea y fiebre), prevención de accidentes, inicio de la alimentación complementaria y pautas para la estimulación del desarrollo.

En caso de no lograr garantizar una adecuada actividad educativa o de no resolver las necesidades educativas en el marco de la presente consulta, se debe asignar una consulta individual de educación para la salud por profesionales de la salud.

1.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, esta consulta tendrá doble finalidad, es decir que para el registro y seguimiento corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Si de acuerdo a los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 97 de la Resolución 6408 de 2016 o de la norma que la sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones que hacen parte del mismo, de acuerdo a la periodicidad establecida en el esquema de atención, o en caso contrario ordenar o canalizar para su realización:

1. Se debe verificar que al niño o niña se le haya realizado el tamizaje auditivo neonatal, en caso contrario ordenarlo para su realización en los primeros tres meses de vida.

2. Consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna
3. Consulta por odontología
4. Desparasitación intestinal: se debe realizar en las zonas con prevalencia parasitaria igual o superior al 20%; en donde no se conozca la prevalencia, se realizará en los territorios con porcentaje de NBI (componente de servicios) superior al 25%. De acuerdo a la edad, se seguirá el siguiente esquema:
 - Niños en edad preescolar 12 meses a 23 meses: albendazol 200 mg vía oral, dosis única, dos veces al año. Junto con la suplementación
 - Niños en edad preescolar 24 meses a 4 años: albendazol 400 mg vía oral, dosis única, dos veces al año. Junto con la suplementación
5. Suplementación con hierro 1mg/kg/día desde el nacimiento hasta la introducción de la alimentación complementaria, a niños alimentados con lactancia materna exclusiva o predominante, únicamente en el caso de que la madre haya tenido bajo peso gestacional o durante la lactancia.
6. Fortificación casera con micronutrientes en polvo entre los 6 y 23 meses con un ciclo cada seis meses (ver procedimiento fortificación con micronutrientes en polvo).
7. Suplementación con hierro y vitamina A a los niños y niñas de 2 a 5 años de edad.
8. Ordenar prueba de hemoglobina si durante la valoración se identifican factores de riesgo.
9. Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal.
10. Educación grupal para la salud incluye a la familia de acuerdo al ciclo contemplado según la edad.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, necesidades e inquietudes y capacidades a fortalecer para el cuidado y desarrollo integral de los niños(as) por parte de los padres y/o cuidadores, se deberá indicar la realización de educación individual para la salud e incluirla en el plan integral de cuidado. Los siguientes son criterios que podrían sugerir la necesidad de sesiones de educación individual para la salud:

Niños en quienes se identifican problemas de higiene corporal u oral o síntomas recurrentes relacionados con dificultades en el cuidado de la salud.

- Niños en quienes se presentan dificultades para establecer hábitos o rutinas de alimentación, nutrición, sueño, eliminación, etc.
- Niños con problemas de desarrollo relacionados con estimulación del mismo.
- Niños con mala adherencia a tratamientos, seguimientos o manejos crónicos.

- Niños con necesidades especiales para el cuidado de la salud y en quien se identifiquen dificultades para lograr el mismo.
- Hijos de padres consumidores de cigarrillo, alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Padres o familiares que tengan dificultades para el cuidado, la alimentación o el aseo de su hijo recién nacido.
- Padres o familiares con conceptos no claros sobre cómo iniciar la alimentación complementaria o realizar la fortificación o suplementación de micronutrientes pese a la información recibida en la consulta o en la educación grupal.
- Padres o familiares que tienen problemas (referidos o identificados) para la crianza del niño.
- Padres o familiares con problemas para comprender las necesidades del niño.
- Padres o familiares con patrones de crianza nocivos (creencias, actitudes o prácticas) que no tienen en cuenta el grado o las características de desarrollo de los niños y están generando daño o tienen alto riesgo de producirlo.
- Padres o familiares que requieran claridad sobre su responsabilidad en el cuidado, en el acompañamiento y/o la protección del niño.
- Padres o familiares que requieran claridad sobre estrategias de afrontamiento de sucesos vitales.
- Niños y niñas que presentan accidentes frecuentes, enfermedades recurrentes (asma), poca estimulación debido a la falta de implementación de medidas para garantizar entornos seguros y protectores.

Así mismo, en función de los hallazgos y necesidades como parte del plan de cuidado debe realizarse la canalización a:

- Educación para la salud de la familia cuando se estime que por las diversas situaciones de los integrantes de la familia, en vez de una sesión de educación individual para la primera infancia, es pertinente realizarla con la familia como sujeto de atención.
- Consulta de abordaje básico a las familias priorizadas de acuerdo a los hallazgos de la valoración de la dinámica y estructura familiar.
- Rutas específicas o tratamientos resolutivos en el caso de riesgos, daños o alteraciones que correspondan a alguna de éstas. En caso de recibir atenciones en las rutas específicas o tratamientos resolutivos, debe verificarse su adherencia y promover la misma, así como continuar con las atenciones establecidas en la RPMS.
- Intervenciones del PIC de acuerdo a la oferta territorial.
- Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación inicial, apoyo alimentario, prevención y

atención del trabajo infantil, transferencias monetarias condicionadas entre otros.

1.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de pediatría, medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: carné de salud infantil, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, lista de chequeo de factores de riesgo para la salud auditiva, Escala Abreviada de Desarrollo-3 y kit de materiales para la aplicación de la Escala Abreviada de Desarrollo-3; Test m-Chat, lista de chequeo de factores de riesgo, cuestionario VALE, familiograma, APGAR familiar, ecomapa, tablas de percentiles de tensión arterial para niños y para niñas. Así mismo, se debe garantizar la presencia de materiales para examen físico pediátrico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro pediátrico, cinta métrica, pulsoxímetro, etc.), báscula, infantómetro y tallímetro.

2. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA INFANCIA

2.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas.

- Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres y/o cuidadores y niños (as).
- Derivar a sesiones educativas individuales o grupales de acuerdo a los hallazgos en la valoración a fin de potenciar o desarrollar capacidades para el cuidado de la salud de los niños y niñas.

2.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las niñas y niños de 6 a 11 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

2.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RIAPMS para el momento de la infancia:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Verificar u ordenar la desparasitación intestinal.
- Información en salud a las niñas o niños, a sus familias o cuidadores.

2.4 Competencias del talento humano

Los profesionales encargados de la valoración integral de la infancia deben ser competentes en diferentes habilidades como en la realización de examen físico

pediátrico, evaluación del desarrollo infantil, evaluación antropométrica y nutricional, valoración de la salud auditiva, visual y bucal, prevención del consumo de tabaco y cesación del consumo de tabaco así como en la formulación y seguimiento de planes de cuidado.

La valoración integral de la salud en la infancia debe ser realizada de forma complementaria entre los profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, el profesional de enfermería podrá ordenar los medicamentos y exámenes paraclínicos definidos en el presente procedimiento.

2.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento. Se debe contar con la presencia del cuidador y/o acompañante del niño(a) durante la consulta.

2.5.1 Anamnesis

Durante este procedimiento debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

- a) Antecedentes personales, médicos (consultas a urgencias, síntomas recurrentes, otológicos, condiciones crónicas, asma, dermatitis atópica, etc.), hospitalarios, transfusionales, farmacológicos, alérgicos, quirúrgicos, consumo de sustancias psicoactivas, esquema de vacunación, comportamiento y relaciones interpersonales, conducta suicida. Se debe preguntar por preocupaciones de salud y de puericultura, y por el cuidado extra-escolar. En caso de consumo de sustancias psicoactivas debe ser derivado a la ruta de consumo de SPA y en caso de conducta suicida y de convulsiones o ausencias a la Ruta Integral de Atención para población con riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.
- b) En niñas con menarca, se debe indagar por los antecedentes ginecológicos.
- c) Se debe verificar la realización y los resultados de la prueba de tamizaje auditivo (con tecnología blanda). Así como las preocupaciones de los niños y/o padres sobre la salud visual y la salud auditiva.
- d) Consumo y hábitos alimentarios indagando la frecuencia, cantidad, forma de preparación y tipo de alimentos (incluyendo consumo de azúcar y sal), para lo cual puede ser útil la indagación de la alimentación en las últimas 24 horas. Deben

verificarse las prácticas alimentarias, los lugares de comida, el acompañamiento del niño y las preocupaciones de los padres y/o cuidadores sobre la alimentación del niño. Se debe indagar sobre problemas en el hábito de comer.

- e) Prácticas y hábitos saludables (juego, actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos y de área perineal), sueño, hábito intestinal y urinario, control de esfínteres, fotoprotección, exposición a televisión, videojuegos, uso del tiempo libre y ocio (uso de la internet o redes sociales etc.).
- f) Desarrollo y aprendizaje: en cada consulta, los padres o acudientes del niño o niña, deben informar sobre el rendimiento escolar, la aptitud de aprendizaje, la actitud en el aula y la vida social (juego y conducta con los pares). Este concepto habitualmente es dado por los profesores en las entregas de notas (el cual no se restringe exclusivamente a las notas académicas), y lo ideal es que sea presentado por los padres en la consulta. Se recomienda que el informe del profesor sea respaldado por el orientador del colegio y que se trate del informe más reciente que se les haya entregado. Se debe indagar por las rutinas y hábitos de estudio, problemas de aprendizaje, de lenguaje, de rendimiento escolar o de comportamiento. En caso de identificar problemas o dificultades de aprendizaje o de rendimiento escolar, se debe indagar por el desarrollo del lenguaje (aparición tardía de este) y del habla. Así mismo, debe preguntarse por la percepción de los padres y/cuidadores sobre la audición y la visión del niño (¿Usted cree que su hijo escucha y ve bien?). En el caso de identificar sospecha de problemas auditivos o visuales, se debe remitir a las rutas específicas o a atención resolutive para continuar el manejo respectivo.
- g) Prácticas de crianza y cuidado: formas de comunicación con el niño (expresión del afecto al niño, reconocimiento de los gustos o preferencias del niño); actividades para estimular el desarrollo y el juego, cómo se relaciona con su familia y con otros adultos y niños, establecimiento de límites y disciplina para corregir (uso de castigo corporal, maltrato físico o psicológico), refuerzos positivos, exposición a violencias (víctimas o testigos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, matoneo o acoso escolar, abuso sexual, enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, o si al interior de la familia se dan formas de ejercer autoridad y poder que legitiman el uso de la violencia), prevención de accidentes (movilidad – uso de silla especial trasera, cinturón de seguridad, casco-, en la casa, espacios abiertos), exposición a vulneraciones de derechos como el trabajo infantil. En el caso de exposición a violencias debe ser referido a la RIAS para población con riesgo o presencia de violencia.

- h) En los antecedentes familiares debe hacerse un especial énfasis en: enfermedades hereditarias, asma, dermatitis atópica, problemas de desarrollo infantil, antecedente de muerte en hermanos, antecedentes de salud mental de los padres, como trastornos mentales (como depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros), conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; duelo o muerte de personas significativas, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores, alteraciones de las emociones o del comportamiento. Identificar la exposición a humo de tabaco y presencia de antecedentes patológicos crónicos o agudos respiratorios.
- i) Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia cuando esté disponible a partir de la consulta de reconocimiento y valoración de la familia que le permitan comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar las capacidades de la familia en relación con el proceso de desarrollo integral, incluye la indagación sobre distribución de tareas entre cuidadores o red de apoyo respecto a la crianza del niño, labores de la casa y otros hijos.
- j) Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

2.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales incluyendo la saturación de oxígeno por pulso oximetría. La tensión arterial debe tomarse con el manguito adecuado y debe establecerse su normalidad a través del uso de la tabla de percentiles de tensión arterial en niños y niñas.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración del desarrollo y del rendimiento escolar: evaluar el desarrollo de los niños en infancia a través de la indagación del desempeño del rendimiento escolar, del aprendizaje y del comportamiento de acuerdo a la revisión por sistemas. De encontrarse preocupaciones o quejas sobre el rendimiento escolar, el aprendizaje o la vida social del niño (descrito en el informe o referido por los padres), se debe aplicar el test de la figura humana de Goodenough Harris (Anexo 9) en la misma consulta, el cual tiene un adecuado rendimiento para identificación de niños con déficit cognitivo.

Si el niño tiene un resultado del test de Goodenough Harris sugestivo de déficit cognitivo, antecedente de aparición tardía del lenguaje y/o antecedente familiar de problemas de aprendizaje, debe derivarse a valoración integral por pediatría para ampliación diagnóstica. Así mismo, si el niño tiene problemas de rendimiento escolar o de comportamiento, debe ser derivado a atención resolutive por pediatría para estudio y manejo respectivo.

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos

Se realizará tomando las medidas de peso y talla, para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (IMC/edad y talla/edad). La clasificación antropométrica se realizará con base en lo establecido en la normatividad vigente (Anexo 3).

Si identifica alguna alteración o anomalía en la valoración nutricional y antropométrica, se debe derivar al niño o niña a la ruta específica o a atención resolutive por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud sexual – maduración sexual: evaluar la evolución de los estadios de Tanner (Anexo 10) y realizar la exploración de la región ano-genital para descartar signos de violencia sexual. En los niños debe evaluarse, la presencia de criptorquidia, epi o hipospadias (si no se detectaron previamente), y de varicocele (generalmente para los niños más grandes en momento vital Infancia).

Si identifica un factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anomalía en la valoración de la salud sexual, se debe derivar al niño o niña a la ruta específica o a atención resolutive por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides entre otras. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del niño.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares. Los primeros son optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros y los segundos incluyen New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anomalía relacionada con la salud visual, se debe derivar al niño a la ruta específica o a atención resolutive por oftalmología u optometría, según sea el caso, para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se debe aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo (Anexo 4) y el cuestionario VALE (Anexo 5).

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anomalía relacionada con la salud auditiva y comunicativa, se debe derivar al niño a la ruta específica o a la atención resolutoria por fonoaudiología y por pediatría, para ampliación de estudios para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. El propósito es el de identificar la ausencia de alteraciones de las estructuras.

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anomalía relacionada con la salud bucal, se debe derivar al niño a la ruta específica o a la atención resolutoria por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe aplicar el instrumento de tamizaje RQC (Anexo 11), y se debe valorar la presencia de lesiones físicas por exposición a situaciones de violencia intrafamiliar/ maltrato infantil (incluido abuso sexual) o por violencia de pares (matoneo), lesiones por consumo de SPA, lesiones autoinflingidas y se complementa con la valoración de la dinámica familiar con el familiograma (Anexo 6) y el apgar familiar (Anexo 7). Debe realizarse un examen neurológico completo y se debe tener en cuenta la historia de neurodesarrollo.

Si se identifica algún factor de riesgo como trastorno mental o consumo problemático de sustancias psicoactivas o alcohol en los padres o cuidadores, bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje o de comportamiento, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa y convulsiones o ausencias, o se encuentra alguna alteración o anomalía relacionada con la salud mental o neurológica, o alteraciones en el instrumento RQC, se debe derivar al niño a la ruta específica o a la atención resolutoria por pediatría y por psicología, trabajo social o psiquiatría infantil, según sea el caso, para el manejo respectivo.

Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

Otros aspectos físicos: se debe examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroides y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos. Se debe examinar la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas. Es necesario verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia). y, descartar la presencia de hernias umbilicales, la identificación de deformidades y/o alteraciones rotacionales o angulares en los miembros inferiores. Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis). En general, debe realizarse un examen físico completo y de buena calidad, puesto que en pediatría se sabe que muchas veces pueden presentarse alteraciones que no habían sido percibidas por los padres ni por el niño como anormales, o que pueden producir síntomas que muchas veces han sido desestimados.

2.5.3 Información en la salud

Debe hacerse siempre según los hallazgos, las necesidades identificadas en la consulta y las inquietudes o necesidades expresadas por el niño o su acompañante. Se recomienda tener en cuenta información sobre prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos, prevención de violencias, promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo, de la adecuada alimentación, de prácticas para la adecuada manipulación de alimentos y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos, promoción de hábitos y estilos de vida saludables (prevención de la exposición a humo de tabaco), de prácticas deportivas organizadas, de actividad física y evitación del sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas; promoción de la salud mental, de prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón), de cuidado del oído y la visión, hábitos de higiene personal y de higiene bucal, alertas tempranas de las pérdidas auditivas, conductas protectoras manifestaciones de las pérdidas auditivas e importancia de la valoración audiológica y de tamizaje auditivo. Además, se debe informar sobre las normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento los ambientes tranquilos que propicien una audición segura. Del mismo, se debe informar sobre signos de alarma para enfermedades prevalentes de la infancia (asma) y educar para consultar a urgencias en los casos necesarios. Se debe incluir información sobre derechos de los niños, derecho a la salud, y mecanismos de exigibilidad de los mismos.

En caso de no lograr garantizar una adecuada actividad educativa o de no resolver las necesidades educativas en el marco de la presente consulta, se debe asignar una consulta individual de educación para la salud por profesionales de la salud.

2.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la infancia.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, esta consulta tendrá doble finalidad, es decir que para el registro y seguimiento corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Si de acuerdo a los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 97 de la Resolución 6408 de 2016 o de la norma que la sustituya.

Como parte del Plan de cuidado se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones que hacen parte del mismo de acuerdo a lo contemplado en el esquema de atención, o en caso contrario ordenar o canalizar para su realización:

1. Consulta por odontología
2. Hemoglobina y Hematocrito: Niñas entre 10 y 13 años: una vez en el período. Para lo cual se sugiere que se realicen de forma previa a la consulta en la cual se examinarán.
3. Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal.
11. Educación grupal para la salud incluye a la familia de acuerdo al ciclo contemplado según la edad.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, necesidades e inquietudes y capacidades a fortalecer para el cuidado y desarrollo integral de los niños(as) por parte de los padres y/o cuidadores, se deberá indicar la realización de educación individual para la salud e incluirla en el plan integral de cuidado. Los siguientes son criterios que podrían sugerir la necesidad de sesiones de educación individual para la salud:

- Niños en quienes se identifican problemas de higiene corporal u oral.

- Niños con hábitos o rutinas (o falta de estas) que están generando alteraciones o problemas con la alimentación, la nutrición, el sueño, el estudio, la eliminación, la actividad física, etc.
- Niños con problemas de comportamiento o de rendimiento escolar cuyos padres o familiares no saben cómo proceder.
- Niños con experiencia de consumo de cigarrillo, alcohol o de otras sustancias psicoactivas, o alto riesgo de consumirlas.
- Padres, familiares o cuidadores que consumen tabaco
- Padres o familiares que tienen problemas (referidos o identificados) para la crianza del niño.
- Padres o familiares con patrones de crianza nocivos (creencias, actitudes o prácticas) que no tienen en cuenta el grado o las características de desarrollo de los niños y están generando daño o tienen alto riesgo de producirlo.
- Padres o familiares que no cuentan con los conocimientos necesarios o no se sienten preparados para acompañar a los niños en su transición a la adolescencia pese a la información recibida en la consulta y la educación grupal.
- Padres o familiares que requieran claridad sobre su responsabilidad en el cuidado, en el acompañamiento y/o la protección del niño.
- Padres o familiares que requieran claridad sobre estrategias de afrontamiento de sucesos vitales.
- Niños y/o familiares que requieran implementar medidas para garantizar entornos seguros y protectores.
- Niños y/o familiares que requieran mayor conocimiento sobre desarrollo psicosexual y/o derechos sexuales y reproductivos.
- Niños y/o familiares con mala adherencia a tratamientos, seguimientos o manejos crónicos.

Así mismo, en función de los hallazgos y necesidades como parte del plan de cuidado debe realizarse la canalización a:

- Educación para la salud de la familia cuando se estime que por las diversas situaciones de los integrantes de la familia en vez de una sesión de educación individual por momento es pertinente realizarla con la familia como sujeto de atención.
- Consulta de abordaje básico a las familias priorizadas de acuerdo a los criterios contemplados en la consulta de reconocimiento y valoración de la familia.
- Rutas específicas o tratamientos resolutivos en el caso de riesgos, daños o alteraciones que correspondan a alguna de éstas. En caso de recibir atenciones en las rutas específicas o tratamientos resolutivos, debe verificarse su adherencia

y promover la misma, así como continuar con las atenciones establecidas en la RIAPMS.

- Intervenciones del PIC de acuerdo a la oferta territorial.
- Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación en niños desescolarizados, apoyo alimentario, transferencias monetarias condicionadas, prevención y atención del trabajo infantil entre otros.

2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de pediatría, medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: carné de salud infantil, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionarios RQC, test de Estadios Tanner lista de chequeo de factores de riesgo para la salud auditiva, cuestionario VALE, Test de la figura humana de Harris para déficit cognitivo, familiograma, APGAR familiar, ecomapa, tablas de percentiles de tensión arterial para niños y para niñas. Así mismo, se debe garantizar la presencia de materiales para examen físico pediátrico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro pediátrico, cinta métrica, pulsoxímetro etc.), báscula y tallímetro.

3. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA ADOLESCENCIA

3.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los adolescentes.
- Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales que le permitan al/la adolescente alcanzar los resultados en su desarrollo.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de adolescentes, mediante la información en salud con padres y/o cuidadores.
- Derivar a sesiones educativas individuales o grupales de acuerdo a los hallazgos en la valoración a fin de potenciar o desarrollar capacidades para el cuidado de la salud de los adolescentes.

3.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todos los adolescentes de 12 a 17 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

3.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la adolescencia:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el desarrollo de la autonomía
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la maduración salud sexual.

- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Verificar u ordenar la desparasitación intestinal.
- Información en salud a las niñas o niños, a sus familias o cuidadores.

3.4 Competencias del talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general, medicina familiar o enfermería de acuerdo a lo contemplado en el esquema de atención. La valoración integral de la salud en la adolescencia debe ser realizada de forma complementaria entre los profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, el profesional de enfermería podrá ordenar los medicamentos y los exámenes paraclínicos definidos en el presente procedimiento.

Así mismo, se requiere que estos perfiles profesionales desarrollen las competencias para valorar integralmente los procesos de aprendizaje y desarrollo de los adolescentes, habilidades de comunicación efectiva y sepan abordar las situaciones frecuentes en este momento vital como: ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sospecha de embarazo, anticoncepción, ITS-VIH-SIDA, maltrato y abuso, salud mental-prevención del suicidio, prevención consumo de alcohol, prevención del consumo de tabaco y cesación del consumo de tabaco y drogas, aspectos bioéticos y legales en la atención de adolescentes, manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, indígenas, migrantes, infractores de ley), para el trabajo comunitario y educación en salud, para el fortalecimiento del liderazgo y participación juvenil, entre otros.

3.5 Descripción del procedimiento

Este procedimiento debe realizarse en un ambiente que garantice privacidad, libre de prejuicios y no discriminatoria, Los datos suministrados pueden provenir del/la adolescente, su madre/padre y de la interacción entre ambos, por lo cual se requiere prestar suficiente atención a todas las fuentes.

Si el adolescente viene con su madre/padre debe informarle que la primera parte de la consulta se realizará a solas con el/la adolescente y tendrán un espacio conjunto en la segunda parte de la consulta. Preferiblemente la primera parte debe ser a solas con el adolescente con el fin de demostrar que se reconoce su autonomía.

Es conveniente que el/la padre/madre estén presentes durante el examen físico, si así lo desea el/l adolescente, es oportuno en este momento propiciar su participación. Las opiniones del padre/madre y las interacciones entre el/ella con el/la adolescente, permitirán complementar la información sobre su desarrollo evolutivo, la comunicación y conflictos familiares, así como apoyar recomendaciones sobre el cuidado.

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

3.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

- a) Antecedentes personales, médicos (consultas a urgencias, síntomas recurrentes, hospitalizaciones, cirugías, etc.), alergias, enfermedades (cardio vasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, rinitis, insulino-resistencia, anemia, infecto contagiosas), discapacidad, accidentes, toxicológicos (intoxicaciones, consumo o exposición a tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas – tanto de adolescentes como sus padres-, exposición a agentes químicos), uso de medicamentos (esteroides), sensoriales (problemas auditivos o de visión), desarrollo puberal (menarquia/espermarquia, de cambios de voz en el hombre y aparición de vello púbico, axilar o en otros lugares del cuerpo en el caso de ambos), ginecológicos (alteraciones en el ciclo menstrual), psicosociales (incluyendo exposición a violencias, abandono, negligencia, maltrato, abuso sexual, conducta suicida entre otras) y vacunación. En el caso de exposición a violencias debe derivarse a la RIAS para violencias. En el caso de conducta suicida, debe derivarse a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.
- a) Se debe indagar sobre la asistencia escolar y desempeño académico (identificar deserción o riesgo, repitencia de años, desempeño bajo que puede deberse a problemas de aprendizaje no detectados previamente), comportamiento general y relaciones interpersonales.
- b) Se debe preguntar por preocupaciones de salud y por el cuidado extra-escolar.
- c) Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia y detección de alteraciones auditivas.

- d) En los antecedentes familiares debe hacerse un especial énfasis en enfermedades hereditarias y en problemas de rendimiento escolar, de conducta o de aprendizaje, así como antecedentes de salud mental y psicosociales de los padres, cuidadores u otros integrantes de la familia tales como: trastornos mentales (como depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros); conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, maltrato y violencia intrafamiliar en padres, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores, muerte de seres queridos o figuras significativas, alteraciones de las emociones o del comportamiento.
- e) Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante indagar por: orientación sexual, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH; dificultades durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor); toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada), identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia contra la mujer y/o violencia de género (incluye ESCI, abuso sexual en menores de 14 años, violencia en el noviazgo); conocimiento de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción, conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales, anticoncepción, ITS. (Anexo 12).

Así mismo es importante reconocer necesidades particulares que pueden aumentar la susceptibilidad del/la adolescente a vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos (condiciones como el sexo, la edad, la orientación sexual y la identidad de género).

- f) Consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.
- g) Prácticas y hábitos saludables (juego, actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos y de área perineal), sueño, hábito intestinal y urinario, control de esfínteres, fotoprotección, exposición a televisión, videojuegos, uso del tiempo libre y ocio, uso de la internet o redes sociales etc.). Valorar el cumplimiento del mínimo de actividad física recomendada para adolescentes, que

según la OMS corresponde a 60 minutos diarios de actividad moderada o vigorosa por lo menos 5 días a la semana.

- h) Prácticas de crianza de los cuidadores que incluye la indagación sobre las acciones correctivas (castigo corporal, maltrato físico o psicológico). Debe explorarse la posibilidad de que los adolescentes sean testigos o víctimas de actos violentos: i) que estén expuestos al enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, y ii) que al interior de la familia se den formas de ejercer autoridad y poder que legitimen el uso de la violencia.
- i) Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

3.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales. La tensión arterial debe tomarse con el manguito adecuado y debe establecerse su normalidad a través del uso de la tabla de percentiles de tensión arterial en adolescentes.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración del desarrollo: debe valorarse su progreso teniendo en cuenta que los adolescentes están en proceso de maduración, los niveles de su desarrollo cambian y progresan y en la parte media y final de la adolescencia dichas funciones en general están ya en su mayoría desarrolladas. Algunos aspectos pueden ser valorados a lo largo de toda la consulta, por tanto es preciso estar atento de la coherencia, capacidad de expresión y comportamientos. Esta valoración incluye los siguientes aspectos:

- a) Funciones cognitivas: se valoran teniendo como norte que el objetivo final o el resultado para adolescentes, incluye que i). demuestren que sus actividades tienen un propósito, se dirigen a un objetivo; ii). Ejercen autocontrol; iii). Exhiben comportamientos fiables, consistentes, pensados; iv). Expresan autoeficacia positiva; v). Demuestran independencia; vi). Demuestran capacidad de resolución de problemas; vii) Exhiben un locus de control interno; viii) Déficit de funciones ejecutivas: valorar la progresividad en su desarrollo y alcances en aspectos como proyectarse a futuro, resolver problemas, autocontrol.
- b) Identidad: se orienta a explorar e identificar el proceso y logros en la construcción de identidad, los compromisos que se van construyendo en diferentes dominios y

las condiciones que facilitan y promueven o al contrario desafían el buen logro de este desarrollo (Anexo 13).

Las condiciones que facilitan su desarrollo adecuado incluyen factores contextuales que involucran familia, pares, profesores y otros modelos o referentes comunitarios; y factores personales como la apertura a nuevas experiencias, el apoyo percibido, la autoestima, la capacidad de recuperación de la autoconfianza, habilidades cognitivas, de reflexión y capacidad para soportar la separación entre otras.

- c) Autonomía: su valoración en lo posible deberá tener en cuenta las opiniones del adolescente y su cuidador lo cual permitirá que el profesional obtenga una mirada integral. En el desarrollo de la autonomía es posible distinguir por lo menos tres componentes, un componente actitudinal, emocional y funcional que deben ser valorados a lo largo de la consulta. Deben valorarse además factores que facilitan su logro, por ejemplo, las relaciones familiares (fijación de límites y fomento de la autodeterminación) y habilidades como la autoestima y autoeficacia (Anexo 15).

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos Se realizará tomando las medidas de peso y talla, para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (IMC/edad y talla/edad).² Realizar detección de factores de riesgo y conductas de riesgo en la población para trastornos de la conducta alimentaria – TAC. Para conductas de riesgo se utiliza cuestionario adaptado en la ENSM 2015 que incluye 5 ítems de la Escala Abreviada de Actitudes frente a la Alimentación (EAT-26) y 1 de la escala BULIT (Anexo 16). (Tenga en cuenta que la mayor prevalencia de este trastorno ocurre entre 15 a 19 años).

Valoración de la salud sexual: realizar la valoración clínica de la maduración sexual a través del seguimiento a la evolución de los estadios de Tanner, (Anexo 10) del mismo modo, la exploración de la región ano-genital permitirá descartar signos de violencia sexual, la presencia de criptorquidia, epi o hipospadias (si no se detectaron previamente), o de varicocele. Evaluar y correlacionar la maduración sexual con el crecimiento físico, que permite determinar si el proceso puberal ocurre en forma adecuada en función del sexo y la edad. (estirón puberal, modificación en la composición corporal).

Valore aspectos que pueden interferir en la maduración sexual: aspecto nutricional, glándula tiroidea (tamaño, consistencia, presencia de nódulos o masas), signos

² La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

clínicos compatibles con patología crónica (acidosis renal, insuficiencia renal, fibrosis quística, enfermedades cardíacas, SIDA, asma severa, DM tipo 1) o cromosomopatía (talla baja o alta, pterigión ocular, implantación pabellón auricular, otros), signos clínicos de hipogonadismo, estrés ambiental, entrenamiento atlético intenso, uso de drogas, exceso de glucocorticoides.

El examen ginecológico solo está indicado en pacientes con flujos, dolor, embarazos, o en los casos específicos donde el médico considere se deba realizar. Tener en cuenta que el examen ginecológico de una adolescente que no ha iniciado relaciones sexuales se realiza la palpación bimanual mediante el tacto rectal y se prefiere que lo realice el especialista.

Durante el examen físico ginecológico se le puede entregar a la adolescente un espejo de mano, para que el acto de examen físico se convierta en una experiencia educativa y pueda recibir la explicación del médico y a su vez observar el examen de sus genitales con el conocimiento de los mismos.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides entre otras. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del adolescente.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks).

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o la valoración de la agudeza visual, se debe derivar al adolescente según el hallazgo a una consulta resolutive de optometría u oftalmología.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se debe hacer dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien? y adicionalmente, aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo (Anexo 4).

En caso de identificar alteraciones o anomalía en la valoración, remitir al adolescente a una consulta resolutoria o a la ruta de alteraciones auditivas.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. El propósito es el de identificar la ausencia de alteraciones de las estructuras y en caso de identificarse, realizar remisión a valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de lesiones físicas por exposición a situaciones de violencia intrafamiliar/ maltrato infantil (incluido abuso sexual) o por violencia de pares (matoneo), lesiones por consumo de SPA, lesiones autoinflingidas.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: trastornos mentales de los padres, cuidadores u otros integrantes de la familia, consumo problemático de SPA de padres y cuidadores, bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar el instrumento de tamizaje Reporting Questionnaire for Children (RQC) (Anexo 11) para los adolescentes entre 12 y 13 años y Self Report Questionnaire (SRQ) (Anexo 17) a partir de los 14 años. En caso de presentar alteraciones en ésta se debe derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 18) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 19). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o consumo de SPA.

Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6) y el apgar familiar (Anexo 7), a fin de comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el proceso de desarrollo integral incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar. En situaciones como la disfuncionalidad familiar, si está o ha estado expuesto a situaciones de violencia (violencia emocional, física o sexual) o contra la mujer (de pareja), suicidios, uso de

SPA, prácticas delictivas o negativas por parte de padres/madres o cuidadores, debe derivarse a las rutas de atención en salud específicas de acuerdo a los hallazgos.

Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

Otros aspectos físicos: es importante examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroides y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos. Debe examinarse la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas y verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia)., y descartar la presencia de hernias umbilicales, la identificación de deformidades y/o alteraciones en la alineación de miembros inferiores (valgus) Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), por otra parte se debe identificar personas con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco a quienes se debe aplicar las atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco.

3.5.3 Información en salud

De acuerdo a los hallazgos la entrega de la información en salud que se considere relevante dirigida a los adolescentes y a la familia en caso de que lo acompañen o citándolos cuando la situación así lo amerite, manteniendo la confidencialidad de la consulta. Durante la consulta se debe brindar información haciendo énfasis en los siguientes contenidos:

Promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo físico y psicosocial esperado y como potenciarlo incluye particularmente el desarrollo sexual, cognitivo, la construcción de identidad, autonomía, agencia; el ejercicio de la sexualidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, identificar los riesgos y cómo prevenirlos, evitarlos o mitigarlos, toma de decisiones como expresión de la autonomía, las relaciones con pares, los padres y la familia, servicios de salud y sociales disponibles para los adolescentes. Y en la caso de la familia como se apoya el proceso de desarrollo, construcción de autonomía e identidad del adolescente, promoción de la alimentación adecuada, de hábitos y estilos de vida saludables (prevención de la exposición a humo de tabaco, promover la cesación del consumo de tabaco), prácticas deportivas organizadas, actividad física y evitación del

sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas; promoción de la salud mental, prevención de violencias, prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón); de cuidado del oído y la visión, hábitos de higiene personal y de higiene bucal. Además, se debe informar sobre las normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento los ambientes tranquilos que propicien una audición segura. Así mismo, sobre el derecho a la salud y mecanismos de exigibilidad.

3.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del adolescente, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la adolescencia.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, esta consulta tendrá doble finalidad, es decir que para el registro y seguimiento corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones que hacen parte del mismo, de acuerdo a la periodicidad establecida en el esquema de atención, o en caso contrario ordenar o canalizar para su realización:

1. Consulta de odontología
2. Hemoglobina y Hematocrito: Niñas y adolescentes mujeres de 10 a 13 años: una vez en el período - 14 a 17 años: una vez en el período. Para lo cual se sugiere que se realicen de forma previa a la consulta en la cual se examinarán.
3. Remisión para vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal. El esquema de vacunación actual para niñas adolescentes incluye las siguientes vacunas:
 - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal. A partir de los 10 años.
 - Vacuna contra el virus del Papiloma humano (VPH): Niñas de 12 a 17 años. Pueden incluirse población de 18 años para completar el esquema iniciado cuando eran niñas menores de 18 años
4. Tamizajes para población con alguno de los siguientes riesgos:
 - a. Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
 - b. Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.

- c. Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.
 - d. Citología cervicouterina: según riesgo identificado (Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales) y criterio del profesional de la salud utilizando el esquema de 1-3-3 años. Continuar el esquema de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino.
5. Educación grupal para la salud de acuerdo al ciclo contemplado de acuerdo a la edad.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan de cuidado:

- Educación individual para la salud según los hallazgos, necesidades e inquietudes de los adolescentes o sus padres. Se sugiere ordenarla en las siguientes situaciones:
- En habilidades para la vida:
 - Adolescentes con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional.
 - Adolescentes que presentan compromisos muy fuertes, no han realizado una verdadera exploración en los diferentes dominios de su identidad, hayan presentado problemas de comportamiento; se evidencia falta de recursos para la toma de decisiones como la autoeficacia o no realizan reflexión sobre la toma de decisiones.
 - Adolescentes que habiten en un entorno social de alto riesgo, con pares o padres que ejercen presiones hacia comportamientos negativos, (actividades delictivas, violencia, ESCI, Consumo de SPA).
 - Adolescentes que no cuentan con apoyo familiar o en los que se percibe déficits entre límites y libertad; tienen mala comunicación, desconfianza de sus amigos/as o se sienten apartados/as de ellos/as
 - Adolescentes con preocupaciones no justificadas por su imagen corporal y su peso
- Fortalecimiento de la alimentación saludable.
- Cesación de tabaco en adolescentes con tabaquismo o exposición al humo del tabaco.
- Educación para la salud en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

- Educación para la salud de la familia cuando se estime que por las diversas situaciones de los integrantes de la familia en vez de una sesión de educación individual por momento es pertinente realizarla con la familia como sujeto de atención.
- Consulta de abordaje básico a las familias priorizadas de acuerdo a los hallazgos en la valoración de la dinámica y estructura familiar.
- Consulta de anticoncepción cuando el adolescente presentan prácticas sexuales coitales sin uso de anticoncepción o tienen intención o riesgo de inicio de relaciones sexuales. De preferencia esta consulta debe realizarse de forma inmediata a esta consulta.

Así mismo, en función de los hallazgos y necesidades como parte del plan integral de cuidado primario de salud debe realizarse la canalización a:

- Rutas específicas o tratamientos resolutivos en el caso riesgos, daños o alteraciones que correspondan a alguna de éstas. En caso de recibir atenciones en las rutas específicas o tratamientos resolutivos, debe verificarse su adherencia y promover la misma, así como continuar con las atenciones establecidas en la RIAPMS.
- Intervenciones del PIC de acuerdo a la oferta territorial.
- Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación en adolescentes desescolarizados, apoyo alimentario, transferencias monetarias condicionadas, prevención y atención del trabajo infantil, oferta de ocio y recreación, entre otros.

3.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionarios RQC, SRQ, AUDIT, ASSIST, lista de chequeo de factores de riesgo para la salud auditiva, Test de tanner, familiograma, apgar familiar, ecomapa, instrumentos para la valoración de los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía, la identidad y el instrumento de valoración de salud nutricional para adolescentes. Materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro etc.).

4. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA JUVENTUD

4.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los jóvenes
- Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo de los jóvenes, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de jóvenes, mediante la información en salud.
- Derivar a sesiones educativas individuales o grupales por demanda o de acuerdo a los hallazgos en la valoración a fin de potenciar o desarrollar capacidades para el cuidado de la salud de los jóvenes.

4.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todos los Jóvenes de 18 a 28 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

4.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la juventud:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud sexual y reproductiva (maduración sexual y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos).
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.

- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Verificar u ordenar pruebas de detección temprana.
- Verificar u ordenar la desparasitación intestinal.
- Información en salud a los jóvenes.

4.4 Competencias del talento humano

La valoración integral de la salud en la juventud debe ser realizada de forma complementaria entre los profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, el profesional de enfermería podrá ordenar los medicamentos y los exámenes paraclínicos definidos en el presente procedimiento.

Así mismo, se requiere que estos perfiles profesionales desarrollen las competencias para valorar integralmente habilidades de comunicación efectiva y sepan abordar las situaciones frecuentes en este momento vital como: ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sospecha de embarazo, anticoncepción, ITS-VIH-SIDA, maltrato y abuso, salud mental-prevención del suicidio, prevención consumo de alcohol, tabaco y drogas, manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, indígenas, migrantes), para el trabajo comunitario y educación en salud, para el fortalecimiento del liderazgo y participación juvenil, entre otros.

4.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

4.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

- a. Antecedentes personales: indagar factores de riesgo o presencia de enfermedades metabólicas (diabetes, sobrepeso, dislipidemias) cardiovasculares (hipertensión, infartos, cerebrovasculares), pulmonares (EPOC, asma), cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), alteraciones sensoriales (audición y visuales), defectos refractivos, glaucoma, estrabismo, enfermedades neurológicas, musculo esqueléticas, mentales o del comportamiento, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, enfermedades trasmisibles, infecciones de

transmisión sexual, urológicas, , alérgicos, traumatismos, uso de medicamentos, transfusiones, quirúrgicos, hospitalizaciones, uso de medicamentos, vacunación, discapacidad, exposición a violencias, maltrato y violencia intrafamiliar, enfermedades o accidentes laborales, exposición a factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, psicosociales y ambientales), toxicológicos (consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas (tipo de sustancia, frecuencia, cantidad, tiempo de consumo), En los antecedentes ginecoobstétricos: identificar trastornos menstruales.

- b. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para detección temprana de riesgo cardiovascular, y de cáncer de cuello uterino.
- c. Antecedentes familiares: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, cáncer, cerebrovasculares, alergias, asma, enfermedades degenerativa, genéticas, gota, hemofilia, glaucoma, trastornos o problemas mentales (como demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros); conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas de los hijos o la pareja.
- d. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante indagar por: orientación sexual, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH; dificultades durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor); toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada), identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia contra la mujer y/o violencia de género; conocimiento de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción, conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales.
- e. Consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.

- f. Prácticas y hábitos saludables (actividad física, higiene oral y corporal (incluye lavado de manos), sueño, hábito intestinal y urinario, control de esfínteres, fotoprotección, exposición a televisión, internet o redes sociales, conductas de prevención de accidentes, actividades de tiempo libre y ocio, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, práctica frecuente del autoexamen de seno y autoexamen de testículo.
- g. Conocer la actividad laboral o económica actual y previa – rastrear antecedente de trabajo infantil y/o adolescente, tipo de labor, tipo de vinculación laboral y antigüedad de la misma, carga laboral-. Identificar riesgos de acoso laboral.
- h. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

4.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales incluyendo la saturación de oxígeno por pulso oximetría.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración del estado nutricional, seguimiento a los parámetros antropométricos y valoración de riesgo cardiovascular y metabólico: a partir de la medición del peso, talla, IMC y perímetro de la circunferencia de cintura, realizar la clasificación antropométrica según lo establecido en la normatividad vigente (Anexo 3); se debe identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación. En simultánea valore el riesgo cardiovascular y metabólico (probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebro vascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo), utilizando las siguientes herramientas:

- Finnish Risk Score (Anexo 20)
- Tablas de Framingham (Anexo 21)
- Tablas de Estratificación de la OPS (Anexo 22)

En caso de identificarse factores de riesgo o signos de desnutrición o de alguna otra alteración nutricional, se deberá derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o alteraciones nutricionales.

En caso de identificar riesgo cardiovascular o metabólico debe ordenar los exámenes para tamización: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis.

Valoración de la salud sexual: se debe indagar sobre los conocimientos y prácticas relacionadas con la sexualidad, así como identificar cambios físicos y psicológicos propios del momento que afectan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; esta valoración incluye los siguientes aspectos: identificación de signos y síntomas relacionados con la funcionalidad sexual, orientación sexual, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor. Evaluar las condiciones médicas que afectan la salud sexual incluyendo la depresión, la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, EPOC y diabetes.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides, entre otras. Se puede desarrollar mediante cuatro técnicas: oftalmoscopia a distancia, directa, e indirecta y la biomicroscopia con lentes accesorias.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Si la agudeza visual se encuentra reducida por debajo de 20/50, debe derivarse a una consulta resolutive por optometría para confirmar o descartar un componente refractivo.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o en la valoración de la agudeza visual, deberá remitir al usuario según el hallazgo a una consulta resolutive por optometría u oftalmología.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se deben hacer dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien? y adicionalmente aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo (Anexo 4).

En caso de identificar alteraciones o anomalía en la valoración, debe remitir a una consulta resolutoria o a la ruta de alteraciones auditivas.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. El propósito es el de identificar la ausencia de alteraciones de las estructuras y en caso de identificarse, realizar remisión a valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: se realiza en el transcurso de la entrevista y se apoya con las pruebas tamiz de salud mental aplicadas. Incluye el examen mental (pensamiento – lógica, contenido y velocidad, lenguaje – coherencia, fluidez-, afecto y estado de ánimo, percepciones, sensorio – orientación, concentración, memoria, cálculos, razonamiento abstracto-, introspección y juicio); y la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, pareja o algún otro integrante de la familia allegado, bajo rendimiento o fracaso laboral o escolar, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley (Anexo 23) para tamización de depresión y Cuestionario GAD-2 (Anexo 24) para tamización de los trastornos de ansiedad. En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 18) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 19). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o consumo de SPA.

En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit. (Anexo 25) Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a ruta de salud mental.

Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6) y el apgar familiar (Anexo 7), a fin de comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el proceso de desarrollo integral incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar. En situaciones como la disfuncionalidad familiar, si está o ha estado expuesto a situaciones de violencia (violencia emocional, física o sexual) o contra la mujer (de pareja), suicidios, uso de SPA, prácticas delictivas o negativas por parte de padres/madres o cuidadores, debe derivarse a las rutas de atención en salud específicas de acuerdo a los hallazgos.

Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

Otros aspectos físicos: valoración de las mamas (inspeccionar simetría, contorno o forma de la misma, el color, los pezones y la areola), identificar lesiones o alteraciones de la piel, heridas o hematomas que permitan identificar posibles traumas o lesiones por exposición al sol tipo queratosis actínicas, la cual es relevante buscarlas por ser premalignas. En el caso de que la persona se encuentre con limitaciones de movilidad deben ser evaluadas las áreas de presión, examinar la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), la pared abdominal en la búsqueda de hernias, la realización de pruebas para revisar insuficiencia venosa en miembros inferiores y la funcionalidad de las articulaciones. Así mismo, inspeccionar vello y piel pubianas, observar si hay presencia de secreciones, alteraciones o lesiones cutáneas, palpación de escroto, ganglios linfáticos inguinales y funcionalidad del sistema urinario. Por otra parte se debe identificar personas con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco a quienes se debe aplicar las atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco.

4.5.3 Información en salud

De acuerdo a los hallazgos la entrega de la información en salud que se considere relevante dirigida al joven y a la familia en caso de que lo acompañen o citándolos cuando la situación así lo amerite, manteniendo la confidencialidad de la consulta. Durante la consulta se debe brindar información haciendo énfasis en los siguientes contenidos: prácticas de alimentación saludable, actividad física regular, higiene del sueño y postural, fotoprotección, cuidados para la salud visual y auditiva (incluyendo pautas para el uso de

pantallas, dispositivos de audio), riesgos del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas), pautas para el manejo del estrés y medidas preventivas de enfermedades laborales de acuerdo a la ocupación, Prevención del tabaquismo y promover la cesación del consumo de tabaco

4.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del joven, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la juventud.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, esta consulta tendrá doble finalidad, es decir que para el registro y seguimiento corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones que hacen parte del mismo, de acuerdo a la periodicidad establecida en el esquema de atención, o en caso contrario ordenar o canalizar para su realización:

6. Consulta de odontología
7. Remisión para vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal. El esquema de vacunación actual para las mujeres en la juventud incluye:
 - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
8. Tamizajes para población con identificación de riesgos:
 - Tamización para riesgo cardiovascular y metabólico, incluye: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis
 - Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
 - Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
 - Prueba rápida para Hepatitis B en caso de relaciones sexuales sin protección.
 - Prueba rápida para Hepatitis C, para las personas que recibieron transfusiones de sangre antes de 1996 en Colombia.

- Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.
9. Tamización para cáncer de cuello uterino: según riesgo identificado (Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales) y criterio del profesional de la salud utilizando el esquema de 1-3-3 años. Continuar el esquema de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino.
 10. Educación grupal para la salud de acuerdo al ciclo contemplado de acuerdo a la edad.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el Plan de cuidado:

1. Educación individual para la salud según los hallazgos, necesidades e inquietudes. En los jóvenes con las siguientes situaciones se sugiere contemplarla para:
 - Habilidades para la vida:
 - Jóvenes con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional.
 - Jóvenes que presentan compromisos muy fuertes, no han realizado una verdadera exploración en los diferentes dominios de su identidad, hayan presentado problemas de comportamiento; se evidencia falta de recursos para la toma de decisiones como la autoeficacia o no realizan reflexión sobre la toma de decisiones.
 - Jóvenes que habiten en un entorno social de alto riesgo, con pares o padres que ejercen presiones hacia comportamientos negativos, (actividades delictivas, violencia, consumo de SPA).
 - Jóvenes que no cuentan con apoyo familiar o en los que se percibe déficits entre límites y libertad; tienen mala comunicación, desconfianza de sus amigos/as o se sienten apartados/as de ellos/as
 - Jóvenes con preocupaciones no justificadas por su imagen corporal y su peso
 - En nutrición en jóvenes con riesgos nutricionales por hábitos inadecuados de alimentación.
 - Jóvenes con tabaquismo o exposición al humo de tabaco.
2. Consulta de abordaje básico a las familias priorizadas de acuerdo a los hallazgos en la valoración de la dinámica y estructura familiar.
3. Consulta de asesoría en anticoncepción cuando el usuario desea iniciar o cambiar algún método de anticoncepción, o para realizar su control.

Así mismo, en función de los hallazgos y necesidades como parte del plan integral de cuidado primario de salud debe realizarse la canalización a:

- Educación para la salud de la familia cuando se estime que por las diversas situaciones de los integrantes de la familia en vez de una sesión de educación individual por momento es pertinente realizarla con la familia como sujeto de atención.
- Consulta de abordaje básico a las familias priorizadas de acuerdo a los criterios contemplados en la consulta de reconocimiento y valoración de la familia.
- Rutas específicas o tratamientos resolutivos en el caso riesgos, daños o alteraciones que correspondan a alguna de éstas. En caso de recibir atenciones en las rutas específicas o tratamientos resolutivos, debe verificarse su adherencia y promover la misma, así como continuar con las atenciones establecidas en la RPMS.
- Intervenciones del PIC de acuerdo a la oferta territorial.
- Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación, búsqueda de empleo, y apoyo alimentario, entre otros
- Atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco a Personas identificadas con tabaquismo:

4.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionarios, AUDIT, ASSIST, Preguntas whooney, cuestionario GAD-2, escala zari, Finnishrisk score, Tablas de Framighan, Tabas de estratificación de la OPS lista de chequeo de factores de riesgo para la salud auditiva, famiograma, APGAR familiar, ecomapa, Materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro etc.).

5. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA ADULTEZ

5.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud del adulto.
- Identificar los principales cambios en el desarrollo de la adultez (físico, cognitivo, emocional, social).
- Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los adultos.
- Derivar a sesiones educativas individuales o grupales, atenciones de RIAS por grupos de riesgo o eventos, atenciones resolutivas y/o atenciones intersectoriales, de acuerdo a los hallazgos en la valoración a fin de potenciar o desarrollar capacidades para el cuidado de la salud de los adultos.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

5.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las personas de 29 a 59 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

5.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la Adultez:

- Valorar el estado nutricional y realizar seguimiento a los parámetros antropométricos.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.

- Valorar la salud sexual (funcionalidad sexual y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos).
- Valorar la función mental, emocional y social.
- Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud.
- Valorar e identificar riesgos relacionados con la salud en el trabajo.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Aplicar, verificar u ordenar pruebas tamiz para detección temprana de alteraciones en la salud del adulto.
- Verificar u ordenar la desparasitación intestinal.
- Brindar información en salud.

5.4 Competencias del talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general o medicina familiar de acuerdo a lo contemplado en el esquema de atención.

Así mismo, se requiere que estos perfiles profesionales realicen las intervenciones en salud oportunamente con un enfoque de curso de vida, que permita reconocer las características y potencialidades de la adultez, reconocer los efectos acumulativos (positivos y negativos) para la salud a lo largo de la vida, reconocer la influencia de los sucesos vitales sobre el estado de salud y la importancia de las vidas interconectadas en el desarrollo de los adultos; así como realizar la detección temprana de factores de riesgo, la protección específica y desarrollar procesos de educación para la salud con adultos. Todo lo anterior con el fin de reconocer y fortalecer las capacidades, habilidades y prácticas para el cuidado de la salud, promover el mejor nivel de salud en este momento de la vida y en los posteriores y alcanzar los más altos resultados en salud posibles en los adultos, sus familias y comunidades.

5.5 Descripción del procedimiento

La valoración integral de la salud de los adultos debe corresponder a una atención de calidad, lo que incluye trato amable y respetuoso; eliminar barreras de acceso; garantizar la confidencialidad de la información; favorecer la comunicación y la expresión de los adultos y garantizar una atención oportuna.

Por otra parte, deben contemplarse estrategias para garantizar consultas de mayor duración a los adultos con necesidades especiales en salud o con condiciones

diferenciales como discapacidad o especificidades étnicas o culturales. En estos casos debe garantizarse la presencia de un cuidador o acompañante durante la consulta.

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

5.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

- a) **Antecedentes familiares:** enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, cáncer, cerebrovasculares, alergias, asma, gota, hemofilia, glaucoma, enfermedades degenerativas o genéticas, trastornos o problemas mentales (demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, entre otros), maltrato y violencia intrafamiliar.
- b) **Antecedentes personales:** Indagar sobre antecedentes médicos (EPOC, asma), hospitalarios, transfusionales, quirúrgicos, traumatismos, estado vacunal, alérgicos comportamiento y relaciones interpersonales, conducta suicida, uso de medicamentos (incluir auto medicados y efectos de medicamentos sobre la salud sexual, especialmente los medicamentos que comúnmente se utilizan para tratar enfermedades como la hipertensión y la depresión).
- c) Indagar presencia de: enfermedades metabólicas (diabetes, sobrepeso, dislipidemias), cardiovasculares (hipertensión, infartos, cerebrovasculares), pulmonares (EPOC, asma), neurológicas, musculo esqueléticas, ginecológicas, urológicas, mentales o del comportamiento, transmisibles (incluyendo infecciones de transmisión sexual), cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), enfermedades o accidentes laborales, discapacidad y alteraciones sensoriales (Visuales: defectos refractivos, glaucoma, estrabismo. Auditivos: durante la consulta se debe aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo para la salud auditiva y comunicativa (Anexo 4). En los antecedentes ginecoobstétricos incluir la identificación de trastornos menstruales y signos de peri o menopausia.
- d) Indagar factores de riesgo, sobre prácticas y hábitos saludables: actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos), hábitos de descanso y sueño, hábito intestinal y urinario, control de esfínteres, foto protección, prácticas

del auto examen de seno y auto examen de testículo, prevención de accidentes, uso del tiempo libre y ocio, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, exposición a violencias, exposición a factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, psicosociales y ambientales), antecedentes toxicológicos (consumo de tabaco³, consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas -tipo de sustancia, frecuencia, cantidad, tiempo de consumo-), exposición al humo de leña o carbón, antecedente secuelas de tuberculosis pulmonar. En caso de identificar factores de riesgo para EPOC se debe aplicar cuestionario para el mismo (Anexo 26).

- e) Indagar sobre consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.
- f) Indagar sobre actividad laboral o económica actual y previa, tipo de labor, antigüedad de la misma, tipo de vinculación laboral y carga laboral-. Identificar riesgos de acoso laboral.
- g) Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante explorar: orientación sexual, identidad de género, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor, dificultades y/o disfunciones sexuales, toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad, paternidad planeada), violencia contra la mujer y/o violencia de género y conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales, anticoncepción, ITS. Se sugiere tener en cuenta en esta valoración de antecedentes el análisis sobre condiciones médicas que afectan la salud sexual, incluyendo depresión, enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, EPOC y diabetes.
- h) Valorar la salud mental: Se realiza en el transcurso de la entrevista y se apoya con la aplicación de pruebas tamiz de salud mental. Incluye el examen mental (apariencia y comportamiento, pensamiento, afecto y estado de ánimo,

³ Fumador o ex fumador: Número de paquetes/año = Número de cigarrillos diarios x número de años / 20.

funcionamiento cognoscitivo, funcionamiento sensorial y motor) y la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, pareja o algún otro integrante de la familia allegado, bajo rendimiento o fracaso laboral o escolar, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley (Anexo 23) para tamización de depresión y Cuestionario GAD-2 (Anexo 24) para tamización de los trastornos de ansiedad. En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 18) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 19). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o consumo de SPA.

En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit. (Anexo 25) Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a ruta de salud mental.

- i) Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6) y el Apgar familiar (Anexo 7), a fin de comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el proceso de desarrollo integral incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar. En situaciones como la disfuncionalidad familiar, si está o ha estado expuesto a situaciones de violencia (violencia emocional, física o sexual) o contra la mujer (de pareja), suicidios, uso de SPA, prácticas delictivas o negativas por parte de padres/madres o cuidadores, debe derivarse a las rutas de atención en salud específicas de acuerdo a los hallazgos.
- j) Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

- k) Verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para detección temprana de riesgo cardiovascular, de alteraciones auditivas, de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y de colon y recto.
- l) Verificar avances en los compromisos acordados en sesiones de educación individual o grupal previas.

5.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales incluyendo la saturación de oxígeno por pulso oximetría.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta.

Valoración del estado nutricional, seguimiento a los parámetros antropométricos y valoración de riesgo cardiovascular y metabólico: a partir de la medición del peso, talla, IMC y perímetro de la circunferencia de cintura, realizar la clasificación antropométrica según lo establecido en la normatividad vigente (Anexo 3); se debe identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación. En simultánea valore el riesgo cardiovascular y metabólico (probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebro vascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo), utilizando las siguientes herramientas:

- Finnish Risk Score (Anexo 20)
- Tablas de Framingham (Anexo 21)
- Tablas de Estratificación de la OPS (Anexo 22)

En caso de identificarse factores de riesgo o signos de desnutrición o de alguna otra alteración nutricional, se deberá derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o alteraciones nutricionales.

Valoración de la salud sexual: Identificar cambios físicos propios del momento que afectan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; esta valoración incluye los siguientes aspectos: identificación de signos y síntomas relacionados con la funcionalidad sexual y la menopausia.

Valoración de la salud visual: A partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides, entre otras. Se puede desarrollar mediante cuatro técnicas: oftalmoscopia a distancia, directa, e indirecta y la biomicroscopia con lentes accesorias.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Si la agudeza visual se encuentra reducida por debajo de 20/50, debe derivarse a una consulta resolutive por optometría para confirmar o descartar un componente refractivo.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anomalía durante el examen de oftalmoscopia o en la valoración de la agudeza visual, deberá remitir al usuario según el hallazgo a una consulta resolutive por optometría u oftalmología.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual (la otoscopia), y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se deben hacer dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien? y adicionalmente, aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo (Anexo 4).

En caso de identificar alteraciones o anomalía en la valoración, debe remitir a una consulta resolutive o a la ruta de alteraciones auditivas.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. El propósito es el de identificar la ausencia de alteraciones de las estructuras y en caso de identificarse, realizar remisión a valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Otros aspectos físicos: valoración de las mamas (inspeccionar simetría, contorno y forma de la misma, el color, los pezones y la areola); identificar curvaturas anormales en tórax; identificar lesiones o alteraciones de la piel, heridas o hematomas que permitan identificar posibles traumas o lesiones por exposición al sol tipo queratosis

actínicas, las cuales son relevantes por ser premalignas; valorar presencia de hernias, distensión o dolor abdominal, fuerza muscular, movilidad y alteraciones óseas; valorar sistema nervioso; incluir en la valoración genito urinaria la inspección de vello y piel pubianos, observar si hay presencia de secreciones, alteraciones o lesiones cutáneas, palpación de escroto, ganglios linfáticos inguinales y funcionalidad del sistema urinario. En el caso de que la persona se encuentre con limitaciones de movilidad deben ser evaluadas las áreas de presión, examinar la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), la pared abdominal en la búsqueda de hernias, la realización de pruebas para revisar insuficiencia venosa en miembros inferiores y la funcionalidad de las articulaciones. Por otra parte se debe identificar personas con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco a quienes se debe aplicar las atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco.

5.5.2.1 Información en salud

De acuerdo con los hallazgos, se realizará entrega de información en salud que se considere relevante al adulto y su cuidador o acompañante (en caso de asistir). El profesional en Medicina debe informar al usuario y cuidador de forma sintética y ordenada los hallazgos positivos y negativos de la consulta, incluyendo la prevención de factores de riesgo y la derivación a otras RIAS. Así mismo, se debe brindar información haciendo énfasis en los siguientes contenidos: cambios esperados en este momento vital (énfasis en peri o menopausia o climaterio masculino), alimentación saludable, actividad física regular, higiene del sueño y postural, foto protección, cuidados para la salud visual y auditiva (incluyendo pautas para el uso de pantallas, dispositivos de audio), riesgos del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas), pautas para el manejo del estrés y medidas preventivas de enfermedades laborales de acuerdo a la ocupación.

5.5.3 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con el adulto.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, esta consulta tendrá doble finalidad, es decir que para el registro y seguimiento corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones que hacen parte del mismo, de acuerdo a la periodicidad establecida en el esquema de atención, o en caso contrario ordenar o canalizar para su realización:

1. Consulta de odontología
 2. Tamización para riesgo cardiovascular y metabólico cada cinco años. Incluye: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis.
 3. Remisión para vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal. El esquema de vacunación actual para las mujeres adultas incluye las siguientes vacunas:
 - a. Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
 4. Tamizajes para población con alguno de los siguientes riesgos:
 - a. Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
 - b. Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
 - c. Prueba rápida para hepatitis B en caso de relaciones sexuales sin protección.
 - d. Prueba rápida para hepatitis c, para la población entre 29 y 49 años de edad si recibieron transfusiones de sangre antes de 1996 en el país, para toda la población a partir de los 50 años de edad una vez en la vida.
 - e. Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.
 5. Tamización para cáncer de cuello uterino
 6. Tamización para cáncer de mama.
 7. Tamización para cáncer de próstata
 8. Tamización para cáncer colorrectal.
 9. Educación grupal para la salud de acuerdo al ciclo contemplado según la edad.
- Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan de cuidado:

1. Consulta de asesoría en anticoncepción cuando el usuario desea iniciar o cambiar algún método de anticoncepción, o para realizar su control.
2. Educación individual para la salud por perfiles requeridos, según los hallazgos, necesidades, intereses e inquietudes. Se sugiere priorizar las siguientes situaciones:

- Adultos que se encuentren viviendo sucesos vitales que tienen riesgo potencial de afectar su estado de salud.
- Adultos con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional y/o débiles redes de apoyo familiar, social y comunitaria.
- Adultos con riesgos nutricionales por hábitos alimentarios inadecuados.
- Adultos con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco.
- Adultos con riesgos y/o con poca información o información errónea relacionada con su salud sexual y sus derechos sexuales y reproductivos. .

Así mismo, en función de los hallazgos y necesidades como parte del plan integral de cuidado primario de salud debe realizarse la canalización a:

1. Educación grupal para la salud de la familia: En aquellos casos en que se estime que por el resultado de la valoración de la situación familiar es más conveniente una sesión educativa grupal para la familia (como sujeto de atención) que una sesión de educación individual para el adulto.
2. Consultas resolutivas para el abordaje de las familias, cuando su valoración lo amerite.
3. Atención por rutas específicas por grupos de riesgo o evento, en el caso de riesgos, daños o alteraciones que correspondan a alguna de éstas, o canalización a procedimientos resolutivos. En caso de requerirse atenciones en las rutas específicas u otras atenciones resolutivas, debe verificarse su adherencia y promover la misma, así como continuar con las atenciones establecidas en la RPMS.
4. Intervenciones colectivas del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), de acuerdo a la oferta territorial.
5. Rutas de atención intersectoriales y/o servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante, por ejemplo, para los servicios de educación, búsqueda de empleo, apoyo alimentario, atención a víctimas, entre otros.

Y por último, se debe realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

5.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general o medicina familiar, se debe contar con lo siguiente: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionarios AUDIT, ASSIST, Preguntas whooney, cuestionario GAD-2, escala Zarit, Finnish Risk Score, Tablas de Framighan, tablas de estratificación de la OPS, lista de chequeo de factores de riesgo para la salud auditiva, cuestionario de EPOC, familiograma, APGAR familiar, ecomapa, materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro, báscula, tallímetro, cinta métrica, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual, etc.).

BORRADOR

6. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA VEJEZ

6.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud de la persona mayor incluyendo la identificación de los principales cambios morfológicos y fisiológicos de la vejez.
- Identificar tempranamente exposición a riesgos para su prevención o derivación para manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud con el fin de referirlas para su manejo oportuno
- Potenciar las capacidades, habilidades y prácticas para el cuidado de su salud, el envejecimiento activo y el bienestar de las personas mayores mediante la información en salud.
- Derivar a sesiones educativas individuales o grupales de acuerdo a los hallazgos en la valoración a fin de potenciar o desarrollar capacidades para el cuidado de la salud de las personas mayores.

6.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las personas de 60 años y mas que habitan en el territorio nacional.

6.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la vejez:

- Valorar la capacidad funcional (fragilidad, actividades básicas e instrumentales).
- Valorar el estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.

- Verificar u ordenar pruebas de detección temprana.
- Verificar u ordenar la desparasitación intestinal.
- Información en salud.

6.4 Competencias del talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general o medicina familiar con conocimientos y experiencia en gerontología y geriatría, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores; enfoque de curso de vida considerando los efectos acumulativos de las acciones en salud realizadas en momentos vitales anteriores y su impacto en la vejez; envejecimiento activo como proceso de optimización de las oportunidades en salud, participación y seguridad de las personas adultas mayores; el mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores como principales indicadores de salud y bienestar; atención primaria en salud; habilidades de liderazgo y participación en diferentes instancias de decisión política para la gestión de políticas públicas en envejecimiento y vejez; entornos físicos, familiares, sociales, económicos y políticos que favorezcan el envejecimiento activo y la independencia; uso de tecnologías que incidan en la prevención de la dependencia y la fragilidad; estrategias que impulsen la solidaridad e intercambio intergeneracional que guíen las acciones dirigidas a la población adulta mayor; el abordaje de los determinantes sociales de la salud con énfasis en el género y la cultura incidentes en el proceso de envejecer activamente en las distintas comunidades; conocimientos actualizados en la normatividad vigente y con competencias comunicativas para la atención integral en salud a las personas adultas mayores.

6.5 Descripción del procedimiento

Las diferentes atenciones en salud dirigidas a las personas adultas mayores, deben ser entregadas con calidad y calidez, con apertura, tolerancia, comprensión y solidaridad ante las diferentes situaciones (limitaciones **auditivas** y de la comunicación, disminución de la velocidad de la marcha, etc.) que pueden presentarse durante el proceso de la atención. Brindando un trato ético y humano en cada procedimiento que se derive del proceso de la consulta (la valoración, la prescripción de medicamentos, plan terapéutico u otros) tanto a la persona como a su familias y /o cuidador. Deben ser servicios que garanticen privacidad y confidencialidad de la información, que favorecen la comunicación y la expresión de las personas adultas mayores.

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

6.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

- a. Antecedentes personales: indagar factores de riesgo o presencia de enfermedades metabólicas (diabetes, sobrepeso, dislipidemias) cardiovasculares (hipertensión, infartos, cerebrovasculares), pulmonares (EPOC,), cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), alteraciones sensoriales (auditivas, vestibulares y visuales), defectos refractivos, glaucoma, estrabismo, enfermedades neurológicas, musculo esqueléticas, mentales o del comportamiento, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, enfermedades transmisibles, infecciones de transmisión sexual, urológicas, alteraciones en la vivencia de la sexualidad, alérgicos, traumatismos, uso de medicamentos, transfusiones, quirúrgicos, hospitalizaciones, uso de medicamentos, vacunación, discapacidad, riesgo para osteoporosis, exposición a violencias, abandono, enfermedades o accidentes laborales, exposición a factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, psicosociales y ambientales), toxicológicos (consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (tipo de sustancia, frecuencia, cantidad, tiempo de consumo), exposición al humo de leña o carbón, consumo de tabaco (Fumador o exfumador: $N^{\circ} \text{paquetes/año} = \text{Número de cigarrillos diarios} \times \text{número de años} / 20$). En caso de identificar factores de riesgo para EPOC se debe aplicar cuestionario para el mismo (Anexo 26).
- b. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para detección temprana de riesgo cardiovascular, de alteraciones auditivas y comunicativas, de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y de colon y recto.
- c. Antecedentes familiares: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, cáncer, cerebrovasculares, alergias, asma, enfermedades degenerativa, genéticas, gota, hemofilia, glaucoma, trastornos o problemas mentales (como demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros); conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, maltrato y violencia intrafamiliar, víctimas del conflicto armado, pertenencia a un grupo de especial protección (grupos étnicos, persona con discapacidad, habitancia en calle, entre otros), etc.

- d. Evaluar de manera integral, considerando todas las dimensiones biopsicosocial y funcional, con el fin de identificar tempranamente e intervenir de manera oportuna situaciones y necesidades en salud de las personas adultas mayores.
- e. Asimismo, es de relevancia indagar de manera enfática en la presencia de síndromes geriátricos, pues en muchos casos su aparición es prevenible; un diagnóstico adecuado permite identificar riesgos relacionados y definir planes de tratamiento tempranos y prácticos que inciden en la disminución de la morbilidad, discapacidad y mortalidad evitables de las personas adultas mayores:
- **Deterioro cognoscitivo:** se caracteriza por la pérdida o reducción temporal o permanente de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosias etc), siendo el más común la pérdida de la memoria. Las causas pueden ser múltiples debidas a enfermedades de base (anemias, infecciones, origen vascular, entre otras) o debido a cambios relacionados con el envejecimiento como el déficit cognoscitivo leve que puede evolucionar a demencia y por esta razón debe detectarse tempranamente (CENETEC 2011). En este aspecto, es importante indagar por la integridad de las funciones mentales superiores y pérdida de la memoria principalmente.
 - **Inmovilidad:** Este síndrome se define como la restricción involuntaria en la capacidad de transferencia y desplazamiento, generalmente debido a dificultades físicas, funcionales y psicosociales. Este síndrome es un desenlace común de varias enfermedades y trastornos que avanzan a la discapacidad permanente en el adulto mayor (CENETEC 2011). Durante la valoración es necesario indagar en antecedentes o presencia de enfermedades osteoarticulares como la artrosis, osteoporosis, fracturas, debilidad muscular, lesiones en los pies, patologías cardiovasculares y trastornos neuropsiquiátricos entre otros factores de riesgo que limiten la movilidad o el desplazamiento de la persona.
 - **Inestabilidad y caídas:** las caídas son precipitaciones repentinas al suelo de manera involuntaria, que en algunas ocasiones pueden estar acompañadas con pérdida de la conciencia. Las causas de este síndrome son múltiples como enfermedades osteoarticulares, neuropsiquiátricos, cardiovasculares, causas extrínsecas, efectos secundarios a medicamentos entre otros. En este caso, es fundamental que a toda persona adulta mayor se le evalúe los factores de riesgo más frecuentes para caídas: presencia de sarcopenia o debilidad, alteraciones de la marcha, limitaciones de la movilidad, déficit visual, deterioro cognoscitivo, diabetes mellitus tipo II, hipotensión ortostática, consumo de

medicamentos con efecto sedante, dependencia funcional, y factores del entorno (tapetes, escaleras sin pasamanos, espacios con baja visibilidad entre otros). Asimismo, preguntar antecedentes de caídas anteriores y analizar los hallazgos de valoración integral.

- **Fragilidad:** es un incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad, producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución en la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo. Aunque existen varias definiciones de la fragilidad y criterios a valorar, en general deben valorarse a nivel físico, por lo menos los siguientes criterios: la fuerza de presión y la velocidad de la marcha, pérdida de peso, ausencia de energía y poca actividad física; y un fenotipo multidominio basado en un déficit en salud como presencia de enfermedades, discapacidades, anormalidades radiográficas, electrocardiografías o de laboratorio entre otros signos y síntomas (CENETEC 2014).
- **Incontinencia** de heces y orina, además de su significado médico, tiene un profundo impacto en el bienestar de los adultos mayores, comprometiendo la autoestima y la dignidad de los mismos. La incontinencia urinaria es la más frecuente, y de igual manera que en otros síndromes geriátricos, sus causas son diversas tales como: infecciones genitourinarias, delirio o estados confusionales, tratamientos farmacológicos, alteraciones psicológicas, problemas de movilidad que dan origen a incontinencias transitorias pueden generarse por lesiones medulares, debilidad del suelo pélvico, incompetencia del esfínter uretral, vejiga acontráctil, hipertrofia prostática, deterioro cognitivo entre otras. Por consiguiente es importante indagar en factores de riesgo relacionados con las causas anteriormente mencionadas. En mujeres, es necesario valorar riesgos como: diabetes mellitus, falta de restitución estrogénica, índice de masa corporal elevado y deterioro de la función cognoscitiva; y el hombres, debe indagarse en factores de riesgo relacionados con síntomas de las vías urinarias inferiores, infecciones del tracto urinario, deterioro funcional y cognoscitivo, trastornos neurológicos y prostatectomía.
- **Depresión:** la depresión en el adulto mayor se presenta con algunos síntomas que son infrecuentes en personas jóvenes: deterioro cognitivo que simula una demencia, ansiedad, insomnio y somatización. Se sabe que la persona mayor tiene un mayor riesgo de depresión en relación a los cambios del envejecimiento cerebral, la mayor prevalencia de enfermedades invalidantes, el uso de algunos fármacos, la inmovilización, el duelo y los problemas sociales y económicos que afligen a las personas en este momento del curso de vida. En

este caso es necesario indagar en síntomas como: pérdida de peso, irritabilidad, insomnio, cambios del estado de ánimo, somatización, pérdida del apetito, hipoacusia y aislamiento social.

- **latrogenia:** la latrogenia medicamentosa se ha convertido en uno de los principales problemas de las personas mayores. Esto por dos razones básicas: porque el envejecimiento reduce los índices terapéuticos y también porque los pacientes geriátricos tienden a usar un número mayor de medicamentos, favoreciendo la interacción medicamentosa. Por consiguiente, en cada consulta es necesario analizar los medicamentos y dosis prescritas, así como los automedicados, los naturistas y homeopáticos; identificar posibles interacciones medicamentosas y fármaco-enfermedad.
- f. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante indagar por: orientación sexual, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH; dificultades durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor); toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, paternidad planeada), identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia contra la mujer y/o violencia de género y conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales, anticoncepción, ITS. Evaluar efectos de los medicamentos que afectan la salud sexual, especialmente los medicamentos que comúnmente se utilizan para tratar enfermedades como la hipertensión y la depresión.
- g. Consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.
- h. Prácticas y hábitos saludables (actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos), descanso y sueño, hábito intestinal y urinario, fotoprotección, prevención de accidentes, uso del tiempo libre y ocio.
- i. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

6.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales incluyendo la saturación de oxígeno por pulsoximetría. Debe inspeccionarse su aspecto personal para reconocer posible (depresión, abandono entre otros).

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración de la capacidad funcional: Inspeccione y revise aspectos generales como: fuerza, sensibilidad, reflejos normales y patológicos, equilibrio, coordinación, temblor. Posteriormente, evalúe la marcha para lo cual una prueba sencilla y recomendable es la de indicar: “Levántese y ande”; para realizarla se le solicita al paciente: 1) “levántese de su silla” (en lo posible, ésta no debería tener apoyabrazos), 2) “Camine hacia adelante” (tres metros aproximadamente), 3) “De la vuelta, camine hacia su silla nuevamente y siéntese”. Mientras la persona realiza la prueba, el profesional de salud debe evaluar el pasaje de la posición sentado a de pie (es normal si el paciente se para en un único movimiento sin usar las manos). Las características de los pasos (si son normales, pequeños, discontinuos e inseguros, etc.) La estabilidad al caminar y el equilibrio al sentarse. Se considera que la prueba es anormal si tarda más de 15 segundos o si existe incapacidad parcial, es decir, que el paciente requiere alguna maniobra de adaptación para no caerse (uso del apoyabrazos de la silla al incorporarse, tambaleo) o el paciente no puede incorporarse si no recibe ayuda de otra persona). Una prueba anormal predice una mayor incidencia de caídas recurrentes.

Seguidamente, evalúe la funcionalidad e independencia de las personas adultas mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria y autonomía y capacidades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. En esta valoración debe aplicarse los siguientes instrumentos:

- El índice de Barthel: que permite medir la funcionalidad e independencia para realizar actividades de la vida diaria (ABVD). (Anexo 27).
- La escala de Lawton-Brody, para valorar autonomía física y capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), donde se valoran ocho criterios: (i) Capacidad para realizar compras, (ii) preparar comida, (iii) utilizar el teléfono, (iv) cuidados del hogar, (v) lavar ropa, (vi) utilizar transporte,

(vii) capacidad de controlar la propia medicación, y (viii) manejar el dinero (Anexo 28).

Finalmente, evalué la fragilidad, a través de la aplicación del test de Linda Fried (Anexo 29) en todas las personas adultas mayores de 60 años, puntuando los siguientes cinco indicadores:

1. Pérdida no intencional de peso mayor de 5kg o 5% del peso corporal en el año previo.
2. Autoreporte de agotamiento.
3. Disminución de la fuerza de prensión ajustada de acuerdo a género e índice de masa corporal medido con un dinamómetro.
4. Nivel de actividad física reducido.
5. Enlentecimiento de la marcha.

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos: se realizará tomando las medidas antropométricas (peso, talla, circunferencia muscular del brazo, circunferencia de pantorrilla) para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (IMC y circunferencia de cintura)⁴. Tener en cuenta pérdida de peso mayor a 3 kg en el último mes. Identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación

A partir de esta valoración determine el riesgo cardiovascular y metabólico (probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebrovascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo), utilizando los siguientes instrumentos:

- Finnish Risk Score (Anexo 20)
- Tablas de Framingham (Anexo 21)
- Tablas de Estratificación de la OPS (Anexo 22)

Valoración de la salud sexual: se debe indagar sobre los conocimientos y prácticas relacionadas con la sexualidad, así como identificar cambios físicos y psicológicos propios del envejecimiento que afectan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; esta valoración incluye los siguientes aspectos: identificación de signos y síntomas relacionados con la funcionalidad sexual, orientación sexual, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor.

⁴ La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

Evaluar las condiciones médicas que afectan la salud sexual incluyendo la depresión, la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, afasia, Parkinson, EPOC y diabetes.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retínicas y coroides, entre otras. Se puede desarrollar mediante cuatro técnicas: oftalmoscopia a distancia, directa, e indirecta y la biomicroscopia con lentes accesorias.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Si la agudeza visual se encuentra reducida por debajo de 20/50, debe derivarse a una consulta resolutive por optometría para confirmar o descartar un componente refractivo.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anomalía durante el examen de oftalmoscopia o en la valoración de la agudeza visual, deberá remitir al usuario según el hallazgo a una consulta resolutive por optometría u oftalmología.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se debe realizar dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien? y adicionalmente tener en cuenta si la persona es usuaria de ayudas audiológicas o no; antes de evaluar la comprensión del lenguaje y el desempeño comunicativo y las funciones de articulación, voz y habla, aplica la lista de chequeo aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo (Anexo 4). En caso de identificar alteraciones o anomalía en la valoración, debe remitir al adulto mayor a una consulta resolutive de la ruta de alteraciones auditivas según hallazgos.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. El propósito es el de identificar la ausencia de alteraciones de las estructuras y en caso

de identificarse, realizar remisión a valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: se realiza en el transcurso de la entrevista y se apoya con las pruebas tamiz de salud mental aplicadas. Incluye la valoración de los siguientes aspectos: apariencia y comportamiento (conducta espontánea, atuendo, apariencia, postura, expresiones, ademanes, acciones extrañas, movimientos repetitivos, lentos o excesivos, postura anormal, contacto visual deficiente, expresiones faciales anormales, manierismos); lenguaje y comunicación (disposición e interés para comunicarse, flujo general del lenguaje; alteraciones del lenguaje; tono y contenido del discurso; relación entre comunicación verbal y no verbal); procesos de pensamiento (velocidad del habla, continuidad del habla, contenido del discurso, temas recurrentes, alteraciones del pensamiento (del curso y del contenido); estado de ánimo y afecto (estado emocional predominante, estado emocional que acompaña el discurso, fluctuaciones en estado de ánimo, correspondencia entre afecto y discurso); funcionamiento cognoscitivo (nivel de concentración, atención y estado de alerta; funcionamiento mnémico (memoria a corto y largo plazo, amnesia, hipermnesia), vocabulario, nivel de conocimientos de acuerdo con contexto personal y social); funcionamiento sensorial y motor (conciencia del entorno, orientación en tiempo, espacio y persona; alteraciones sensoriales; coordinación motora; dificultades motoras). Adicional a lo anterior se debe realizar la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: síntomas depresivos, dependencia funcional, trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, la pareja o algún otro integrante de la familia allegado, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley para tamización de depresión (Anexo 23) y Cuestionario GAD-2 para tamización de los trastornos de ansiedad (Anexo 24). En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante hallazgos sugerentes de deterioro cognitivo se debe aplicar el Minimental State (Anexo 30).

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 18) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 19). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la ruta específica de consumo de SPA.

En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit (Anexo 25). Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a ruta de salud mental.

Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6) y el apgar familiar (Anexo 7), a fin de comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el proceso de desarrollo integral incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar. En situaciones como la disfuncionalidad familiar, si está o ha estado expuesto a situaciones de violencia (violencia emocional, física o sexual) o contra la mujer (de pareja), suicidios, uso de SPA, prácticas delictivas o negativas por parte de padres/madres o cuidadores, debe derivarse a las rutas de atención en salud específicas de acuerdo a los hallazgos.

Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8)

Otros aspectos físicos: identificar lesiones o alteraciones de la piel incluyendo examen de áreas de presión en adultos mayores con algún grado de inmovilidad, heridas o hematomas que permitan identificar posibles traumas o lesiones por exposición al sol tipo queratosis actínicas, la cual es relevante buscarlas por ser premalignas. En el caso de que la persona se encuentre con limitaciones de movilidad deben ser evaluadas las áreas de presión, examinar la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), la pared abdominal en la búsqueda de hernias, la realización de pruebas para revisar insuficiencia venosa en miembros inferiores y la funcionalidad de las articulaciones. Así mismo, inspeccionar vello y piel pubianas, observar si hay presencia de secreciones, alteraciones o lesiones cutáneas, palpación de escroto, ganglios linfáticos inguinales y funcionalidad del sistema urinario. por otra parte se debe identificar personas con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco a quienes se debe aplicar las atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco.

6.5.3 Información en salud

De acuerdo a los hallazgos se debe brindar información en salud que se considere relevante dirigida a las personas mayores y a la familia en caso de que lo acompañen o citándolos cuando la situación así lo amerite, manteniendo la confidencialidad de la consulta, cambios característicos del proceso de envejecimiento y adaptación al mismo, identificación de riesgos del entorno donde se desarrollan los adultos mayores y mecanismos de prevención y mitigación, derechos de las personas adultas mayores, principales signos de alarma para consultar los servicios de salud, autocuidado y hábitos de vida saludables, recomendaciones para el uso del tiempo libre y realización de actividades estimulantes y placenteras, prevención de caídas y fracturas, recomendaciones para el uso de medicamentos, relación con la familia, amigos y cuidadores, oferta de servicios sociales y de salud disponibles para las personas adultas mayores. Asimismo, es necesarios informar a la familia y cuidadores primarios sobre: inclusión de las personas adultas mayores en las actividades y planes familiares, reconocimiento de cambios físicos y emocionales en la persona adulta mayor, fortalecimiento de la autonomía y la movilidad en las personas adultas mayores y motivación a participar en grupos sociales significativos para la persona adulta mayor.

6.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con el adulto mayor y su cuidador.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, esta consulta tendrá doble finalidad, es decir que para el registro y seguimiento corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones que hacen parte del mismo, de acuerdo a la periodicidad establecida en el esquema de atención, o en caso contrario ordenar o canalizar para su realización:

1. Consulta de odontología.
2. Educación grupal en entrenamiento cognitivo y emocional.
3. Tamización para riesgo cardiovascular y metabólico cada tres años hasta los 79 años y cada dos años después de los 80 años. Incluye: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis.

4. Mamografía hasta los 69 años cada dos años.
5. Tamización de cáncer de cuello uterino hasta los 65 años. A partir de los 65 años se suspende la tamización para cáncer de cuello uterino, siempre y cuando las pruebas de tamización previas hayan sido negativas.
6. Antígeno prostático específico (PSA) en sangre para hombres cada dos años. (Deberá informarse al usuario que se le haya realizado el tacto rectal (TR), esperar 48 horas para la realización del PSA ya que la manipulación de la próstata a través del TR podría generar un aumento falso del PSA.)
7. Prueba de sangre oculta en materia fecal cada cinco años. En población con factores de riesgo o sintomática se realizará cada dos años.
8. Vacunación anual contra influenza
9. Tamizajes para población con algún tipo de riesgo:
 - Colonoscopia quinquenal hasta 75 años en caso de antecedentes familiares de cáncer colorrectal no hereditario con caso índice en primer o segundo grado diagnosticado antes o después de los 55 años.
 - Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
 - Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
10. Educación grupal para la salud incluye a la familia de acuerdo al ciclo contemplado según la edad.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el Plan de cuidado:

Educación individual para la salud según los hallazgos, necesidades e inquietudes de las personas mayores y/o cuidadores. Se sugiere ordenarla en las siguientes situaciones:

- Adultos mayores con alteraciones en el estado emocional y deficiente apoyo familiar y social
- Adultos mayores en riesgo de ser víctima de violencia intrafamiliar.
- Adultos mayores con baja autoestima y riesgo de suicidio.
- Adultos mayores con riesgo de fragilidad.
- Adultos mayores sin información y creencias erradas sobre su sexualidad o conductas sexuales de riesgo o experiencias negativas respecto a la vivencia de su sexualidad relacionadas con la cultura negativa del envejecimiento, cambios morfológicos y fisiológicos, entre otros.

- Adultos mayores con alteraciones de la movilidad y compromiso de la funcionalidad y su autonomía.
- Adultos mayores con alteraciones del sueño.
- Adultos mayores con riesgo de desprotección social y económica.
- Adultos mayores con riesgos de polifarmacia (uso de tres o más medicamentos) y automedicación.
- Adultos mayores con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco.
- Adultos mayores con riesgo de inestabilidad y caídas, que habitan en entornos inseguros.

Así mismo, en función de los hallazgos y necesidades como parte del plan de cuidado debe realizarse la canalización a:

- Educación para la salud de la familia cuando se estime que por las diversas situaciones de los integrantes de la familia en vez de una sesión de educación individual por momento es pertinente realizarla con la familia como sujeto de atención.
- Consulta de abordaje básico a las familias priorizadas de acuerdo a los criterios contemplados en la consulta de reconocimiento y valoración de la familia.
- RIAS específicas o tratamientos resolutivos en el caso riesgos, daños o alteraciones que correspondan a alguna de éstas. En caso de recibir atenciones en las RIAS específicas o tratamientos resolutivos, debe verificarse su adherencia y promover la misma, así como continuar con las atenciones establecidas en la RIAPMS.
- Intervenciones del PIC de acuerdo a la oferta territorial.
- Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de centro día, subsidio al adulto mayor entre otros.

6.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: Escala de Lawton-Brody; Test de linda Fried, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionarios, preguntas Whooley, GAD-2, Minimental state, AUDIT, ASSIST, tabla de Snellen, lista de chequeo de factores de riesgo para la salud auditiva, escala Zarit. Materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro etc.), báscula y tallímetro.

7. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

7.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud bucal.
- Identificar los principales cambios morfológicos y fisiológicos en la cavidad bucal, propios de cada momento vital.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores de la salud bucal.
- Brindar información para la salud.
- Derivar a las rutas que se requieran según las necesidades en salud general y salud bucal identificadas.

7.2 Población sujeto

Todas las personas en los diferentes momentos del curso de vida

7.3 Atenciones incluidas

Este servicio aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para los diferentes momentos del curso de vida:

- Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad
- Valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal.
- Información en salud bucal
- Derivación a profilaxis o remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes y detartraje supragingival, según corresponda.

7.4 Descripción del procedimiento

Incluye la aplicación de procesos, procedimientos, técnicas semiológicas y de apoyo, en procura de reconocer el estado de las estructuras dentomaxilofaciales y determinar la ausencia o presencia de alteraciones, para mantener y mejorar la funcionalidad para la masticación, deglución, habla, fonación, socialización, y para favorecer la comunicación, el afecto, la autoestima, entre otras.

7.4.1 Anamnesis

- a. Indagar por experiencias previas relacionadas con la presencia de enfermedades bucales (caries, enfermedad gingival/periodontal, sangrado, traumas, mal posiciones, dolor, u otras) y antecedentes de condiciones sistémicas que impactan

directamente en la salud bucal (enfermedades inmunes, alteraciones metabólicas como diabetes o VIH/SIDA, cáncer, EPOC, alteraciones metabólicas (diabetes), enfermedades cardiovasculares, otras)

b. Indagar y valorar hábitos e identificar factores de riesgo o protectores:

- Alimentación: tipo (incluye lactancia materna en la primera infancia), cantidad y frecuencia de consumo de azúcares, así como si ha tenido que efectuar cambios en su dieta por molestias relacionadas con su boca o dientes, entre otros.
- Hábitos de higiene: frecuencia de higiene, calidad de la higiene, verificación de si hay apoyo, ayuda y control por cuidador cuando aplique por condiciones de discapacidad, uso de crema dental, tipo de crema dental, acceso a fluoruros a través de la crema dental, consumo de tabaco y alcohol, uso de dispositivos (rehabilitación), entre otros.
- Consumo de tabaco y alcohol: tipos, cantidad, frecuencia, forma de consumo (incluyendo fumar invertido con la candela hacia adentro).
- Identificar otros posibles factores protectores o de riesgo, conforme situaciones diferenciales, como costumbres por pertenencia étnica, u otros.

c. Indagar sobre la percepción que tiene sobre sus condiciones de salud bucal, el acceso a servicios odontológicos previos, los tratamientos recibidos y su nivel de conformidad con los mismos, así como sobre la expectativa frente a la atención y el cuidado de la salud bucal.

7.4.2 Examen físico

Aplicar las técnicas semiológicas, como la inspección, palpación y percusión, para realizar la valoración de las estructuras dentomaxilofaciales. Si la persona presenta prótesis removibles, estas deben ser retiradas a fin de evaluar la cavidad bucal de forma adecuada, buscando estomatitis protésica, úlceras traumáticas o hiperplasia de la mucosa en la periferia de la prótesis.

- a. Cara: identificar ausencia de asimetrías, edema, variaciones de color (lunares, manchas, lentigos, hipopigmentaciones), fibrosis, aumentos de volumen, ulceraciones, u otros procesos.
- b. Ganglios linfáticos: identificar variaciones de volumen, consistencia, forma, bordes, extensión a planos profundos y ausencia de dolor; además deben correlacionarse con la información clínica obtenida durante el interrogatorio.

- c. Maxilar y mandíbula: verificar ausencia de asimetrías o discrepancias en tamaño, entre otros.
- d. Músculos: valorar funcionalidad y ausencia de dolor, en músculos temporal, cigomáticos mayor y menor, maceteros, y pterigoideos, además de los demás músculos de cara, cabeza y cuello.
- e. ATM (articulación temporo-mandibular): evidenciar la movilidad, la ausencia de ruidos tipo chasquido o crepitación, la ausencia de desviaciones de la mandíbula en los movimientos de apertura y cierre, la ausencia de dolor, entre otros.
- f. Labios (bermellones) y comisura labial: valorar la ausencia de asimetrías, discrepancia en el tamaño de labios, cambios de textura, consistencia, forma y color de labios considerando las diferencias étnicas; verificar la integridad de las comisuras bucales y la delimitación de la unión de la piel con el borde bermellón así como la ausencia de lesiones tipo herpes labial, queilitis, fisuras o lesiones traumáticas por hábitos inadecuados como morderse los labios o morder objetos. Se verificará la integridad de los tejidos ante la evidencia de intervenciones quirúrgicas u otras, previas para el manejo de fisuras labiales.
- g. Mucosa de carrillos (parte interna de las mejillas): mediante visualización y palpación, verificar la ausencia de aftas, mucocelos, lesiones por trauma (hábitos de masticarse los carrillos) u otras, teniendo presente que si es normal la presencia de la línea alba oclusal y los gránulos de Fordyce. Verificar en el fondo del surco las salidas de las glándulas parótidas así como el estado de los frenillos laterales y centrales tanto superiores como inferiores.
- h. Encía y zona retromolar: valoración de todos los rebordes alveolares, de la encía adherida (normalmente de color rosa coral), de la encía libre (color más intenso que la adherida) y del tamaño y textura de las papilas interdentes. Pueden encontrarse pigmentaciones fisiológicas, o inflamaciones (gingivitis), exostosis, fistulas, entre otros hallazgos.
- i. Lengua: valorar superficies ventral y dorsal así como bordes laterales, mediante inspección y palpación. Identificar el estado de las papilas foliadas de la zona postero- lateral, que hacen parte del tejido linfoide del anillo de Waldeyer, del frenillo lingual y de las salidas de los conductos excretores de las glándulas submandibulares. Identificar los diversos tipos de aspectos de la lengua, como la geográfica o fisurada, y la ausencia de condiciones como glositis, úlceras, aftas, entre otras. Es importante también valorar la movilidad de la lengua y el grado de inserción del frenillo, pues ello puede afectar la fonación y/o la deglución.
- j. Piso de boca: inspeccionar la mucosa no queratinizada, la red venosa superficial, las glándulas menores y las submandibulares, y verificar la ausencia de alteraciones.
- k. Paladar (duro y blando): verificar el color del paladar duro (rosa pálido), y la textura de la mucosa (firme y queratinizada). Se valora su integridad, los cambios de color, la ausencia de úlceras o aumentos de volumen (torus palatino, hiperplasias,

neoplasias), entre otros. En el paladar blando se verificara el color (rojizo) y su elasticidad. En todo el paladar se verificará la ausencia de fisuras totales o parciales, e incluso la integridad de los tejidos ante la evidencia de intervenciones quirúrgicas previas para el manejo de las fisuras. También se verifica la ausencia de úlceras, o alteraciones de las glándulas salivales, entre otras.

l. Orofaringe para verificar color y ausencia de exudados en los pilares y en las amígdalas.

m. Tejidos dentales: en el cual deben verificarse entre otros:

- Número total de dientes temporales y permanentes presentes así como la cronología de la erupción, acorde con la edad y los procesos fisiológicos de erupción. Valorar la no presencia de dientes y determinar posibles anodoncias, incluidos o pérdidas por diversas razones.
- Estado de las estructuras dentales, para identificar ausencia de signos clínicos de caries (pueden usarse los criterios de la clasificación de caries ICDAS y el COP y COP-modificado (C(ICDAS)OP)
- Ausencia de otras alteraciones como fluorosis dental (haciendo uso de la clasificación de Dean), dientes incluidos, atriciones, abrasiones, fracturas o fisuras asociadas a hábitos o prácticas deportivas u otros, enfermedad pulpar, malposiciones, entre otras.
- Verificar la presencia y estado de cualquier tipo de rehabilitación presente en boca, incluyendo coronas, prótesis fijas o removibles, implantes, etc.
- Saliva: valorar consistencia y volumen, y valorar la ausencia de alteraciones que generen su reducción.
- Verificar la funcionalidad de los tejidos y estructuras para cumplir con procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.
- Evaluar la cantidad de placa bacteriana presente en la boca y la forma de realización de higiene por parte del adulto para el cuidado de la salud bucal.

Conforme a los hallazgos durante la valoración debe realizarse una síntesis ordenada de los riesgos, los factores protectores y el estado de los tejidos y del estado general de la salud bucal.

A partir de lo anterior, se deben realizar acciones de información en salud y definir o actualizar las atenciones individuales y colectivas del Plan de Cuidado Primario.

7.4.3 Información para la salud

En razón a los hallazgos brindar la información para la salud pertinente, con énfasis en:

- a. Derechos en salud
- b. Orientaciones para el cuidado en salud bucal, alimentación, actividad física, higiene personal, entre otros.

7.4.4 Plan de cuidado

La definición del plan integral de cuidado de la salud debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con la persona que recibe la atención y/o su familia.

Se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones del plan integral de cuidado primario para la salud o en caso contrario indicar su realización de acuerdo a lo estipulado en el anexo respectivo y conforme a las frecuencias establecidas para cada momento del curso de vida:

1. Remoción de placa bacteriana (Para mayores de 2 años en toda consulta de salud bucal de acuerdo a la frecuencia establecida por momento del curso de vida)
2. Aplicación de flúor (Niños y adolescentes menores de 18 años en toda consulta de atención en salud bucal)
3. Detartraje supragingival (Para mayores de 12 años)
4. Aplicación de sellantes (De 3 a 15 años)
5. Educación individual en salud bucal
6. Consulta de reconocimiento y valoración de la familia
7. Consulta de valoración del estado de salud por medicina o enfermería, según el momento del curso de vida
8. Educación grupal según el momento del curso de vida
9. Derivación a la ruta de atención específica que le aplique según grupo de riesgo.
10. Canalización a las intervenciones colectivas pertinentes, según la oferta territorial.
11. Canalización a servicios sociales o sanitarios.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones, las cuales también deben estar incluidas en el plan de cuidado primario:

1. Derivación a la ruta de atención específica que le aplique según grupo de riesgo.
2. Canalización a las intervenciones colectivas pertinentes, según el portafolio definido por la Entidad Territorial.
3. Canalización a servicios sociales o sanitarios.

7.5 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de odontología, se debe contar con lo siguiente: historia clínica odontológica, Odontograma o Cariograma, instrumentos de clasificación de caries como ICDAS, Índices COP y COP-modificado (C(ICDAS)OP) para caries, entre otros, instrumental básico de examen odontológico (espejo, explorador, sonda, pinzas algodonerías). Materiales: modelo dental.

7.6 Atenciones de protección específica para la salud bucal

7.6.1 Profilaxis y remoción de placa bacteriana

Son las acciones en procura de conservar bajos niveles de placa bacteriana o biopelícula, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos.

Puede ser realizado por profesional de Odontología o por la Auxiliar de Salud Oral bajo la supervisión del profesional en Odontología, por lo que debe realizarse el procedimiento de manera subsiguiente a la consulta de valoración Integral de la salud bucal. La frecuencia de este procedimiento por momento vital es:

Primera infancia:	2 veces al año
Infancia:	2 veces al año
Adolescencia:	2 veces al año
Juventud:	Anualmente
Adulthood:	Cada dos años
Vejez:	Cada dos años

Se suministran sustancias reveladoras de placa y se brindan las indicaciones para que puedan ser distribuidas en todas las superficies dentales.

Se identifican los gradientes de tinción en las superficies teñidas con la sustancia, que dan cuenta del acumulo de placa y se le muestra al adulto apoyados de un espejo.

Se realiza el registro de las superficies teñidas y se calcula el índice de O'Leary (relación del total de superficies teñidas con la sustancia reveladora sobre el total de superficies dentales presentes, multiplicado por 100 y expresado en porcentaje).

Se evalúa la forma como las personas (niños, niñas, adultos o cuidadores) realizan la higiene diariamente y se realizan las recomendaciones de las técnica de cepillado y uso

de los demás elementos de higiene, considerando las capacidades cognitivas, motrices y las diferencias culturales u otras de cada caso.

Según lo evidenciado con la sustancia reveladora y el resultado del índice de O'Leary, se brindan las orientaciones e instrucciones sobre elementos y técnicas de cepillado dental e higiene bucal, en las diversas superficies dentales y demás tejidos de la cavidad oral (lengua, encía, paladar y surco vestibular), así como en las prótesis dentales fijas o removibles o en dispositivos de ortodoncia, que puedan estar presentes.

De acuerdo con los hallazgos individualizados para cada usuario, se prescriben los mejores elementos para la higiene: seda o hilo dental, cepillos dentales, aditamentos de higiene adicionales y cremas dentales, siempre con contenidos de flúor debido a que el efecto tópico favorece el control del riesgo de caries dental.

Finalmente se realiza profilaxis o remoción de placa (bio-película), de todas las superficies de todos los dientes presentes, mediante uso de instrumentos rotatorios con copa de caucho o cepillos u otros aditamentos dispuestos para tal fin y pasta profiláctica, o mediante uso de cepillo dental acorde con la edad y las condiciones particulares encontradas.

Instrumentos, insumos y dispositivos: Instrumental básico y complementario de Odontología, instrumental y equipamiento para profilaxis y detartraje, sustancias reveladoras de placa, micromotor, copas y cepillos de profilaxis, pasta profiláctica, elementos de higiene (cepillos, crema dental, seda dental, otros aditamentos como cepillos interproximales, enhebradores, entre otros), odontograma, periodontograma, clasificación de caries ICDAS, índice de O'Leary, índice COP y COP y COP modificado (C(ICDAS)OP)), índices para determinar severidad de gingivitis y enfermedad periodontal, índice de Dean para fluorosis, entre otros, protocolo de exposición a flúor del INS, material didáctico.

7.6.2 Aplicación de flúor

Este procedimiento aplica para todas las personas en la primera infancia (a partir del primer año de edad), infancia, adolescencia.

Consiste en aplicar o poner en contacto la porción coronal del diente con sustancias que contienen fluoruros, como mecanismo que permite fortalecer la superficie del esmalte dental y producir mayor resistencia a la caries, para controlar la desmineralización y formación de cavidades en el tejido dentario.

La actividad se realiza por el odontólogo o por la auxiliar de salud oral bajo la supervisión del odontólogo, una vez cada 6 meses o en personas con alto o mediano riesgo cada 3 meses, por lo que debe realizarse el procedimiento seguido a la consulta de valoración integral de la salud bucal.

Este procedimiento, como medida de protección específica, se realiza con flúor en barniz para reducir el riesgo de ingesta por deglución (particularmente en las primeras edades de vida) y reducir efectos posteriores no deseables.

La aplicación tópica debe realizarse garantizando las debidas medidas para reducir el riesgo de ingesta, considerando las aplicaciones previas que se hayan realizado en otros entornos o en jornadas; haciendo el control adecuado de las cantidades de fluoruro suministrado de forma que no se generen riesgos o situaciones adversas y entregando las recomendaciones necesarias para los cuidados posteriores a la aplicación, de forma que no se pierda la efectividad de la intervención.

En todos los niños en los que se sospeche o pueda identificarse fluorosis dental (por ingesta excesiva flúor provenientes de otras fuentes), debe también aplicarse flúor de forma tópica y en los rangos de tiempo señalados, a fin de remineralizar las superficies y producir mayor resistencia incluso a la caries dental sobre agregada a la desmineralización inicial.

7.6.3 Sellantes

Este procedimiento aplica para todos los niños, niñas y adolescentes entre tres y 15 años de edad o según la erupción dentaria.

Consiste en modificar la morfología de la superficie dental, mediante la aplicación de una barrera física, a fin de disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal y minimizar el riesgo de iniciación de caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.

La actividad se realiza por el profesional odontólogo o por la auxiliar de salud oral bajo la supervisión del odontólogo.

Se verifica la presencia de los sellantes en los molares temporales que acorde con la edad deben estar ya presentes, y que de no encontrarse deben valorarse la situación para ser aplicados acorde con el criterio clínico.

En los niños de 6 a 8 años, se sellan los primeros molares permanentes.

En los niños de 9, 10 y 11 años, se aplican sellantes en los primeros y segundos premolares permanentes que se encuentren presentes y totalmente erupcionados.

Previo a la aplicación de sellantes se debe verificar la presencia de sellantes existentes y realizar la profilaxis para la remoción de la placa bacteriana de las superficies dentales y se realiza el debido aislamiento del campo operatorio.

Se seguirán las instrucciones según el tipo de sellante disponible, para realizar los procesos de grabado con una sustancia ácida (generalmente ácido fosfórico), de las superficies que reciben el sellante, de lavado y de secado de las superficies a fin de que queden dispuestas para la adhesión del material plástico.

Se aplica el sellante con los instrumentos dispuestos según el material, o con cucharilla o explorador recorriendo todos los surcos y fisuras y se realiza su polimerización. Una vez colocado el sellante se evalúa la adherencia y se verifica que no se presenten burbujas.

Finalmente se realiza el control de la oclusión y se eliminan los excesos de ser necesario.

En todas las edades, se realiza control de la permanencia de los sellantes cada 6 meses en personas de bajo riesgo y cada 3 meses en personas de alto y mediano riesgo, debido a que la pérdida total o parcial, se constituyen en un riesgo de acumulo de placa y por tanto en un riesgo de desarrollo de caries dental.

7.6.4 Detartraje supragingival

Este procedimiento aplica para todas las personas en los momentos vitales adolescencia, juventud, adultez y vejez.

Son las acciones para remover mecánicamente la placa bacteriana, los depósitos calcificados y manchas extrínsecas de las superficies dentales, para evitar daños en los tejidos de soporte dental, por considerarse factores retentivos de placa y factores de riesgo también para la presencia además de caries dental.

Debe ser realizado por el profesional en Odontología o por Auxiliar en Salud Oral, con supervisión del profesional, seguido a la consulta de valoración integral de la salud bucal. La frecuencia de este procedimiento es:

Adolescencia:	2 veces al año
Juventud:	Anualmente
Adulthood:	Cada dos años
Vejez	Cada dos años

Previo al procedimiento se debe valorar los sitios que presentan depósitos y manchas extrínsecas, y solo en caso de presentarse se realiza remoción de los depósitos y manchas con el uso de los instrumentos específicos, además de realizar limpieza de superficies con cepillos de profilaxis o copas de caucho y pasta profiláctica.

Si se evidencian depósitos extensos que comprometen los espacios periodontales y la estabilidad del diente, se remite a la RIAS para las alteraciones de la salud bucal-enfermedad periodontal.

NOTA: De no encontrarse depósitos calcificados o manchas extrínsecas en las superficies dentales, esta actividad no debe ser realizada dado que el uso de estos instrumentos puede generar efectos no deseados en tejidos blandos y en la superficie dental.

Instrumentos, insumos y dispositivos: instrumentos manuales (curetas y hoces) u otros instrumentos como los de ultrasonido o rotatorios, para la remoción adecuada de los depósitos.

8. ATENCIÓN EN SALUD PARA LA VALORACIÓN DE LA TÉCNICA Y LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

8.1 Objetivos

Valorar y promover la lactancia materna exclusiva asegurándose de un adecuado inicio y proceso de mantenimiento de la misma mediante la orientación efectiva a la mujer lactante y/ o las personas significativas.

8.2 Población sujeto

Niños y familias lactantes durante el primer mes de vida del bebé.

8.3 Atenciones incluidas

- Evaluar y promover la lactancia materna exclusiva.

8.4 Competencias del talento humano

Esta atención debe ser realizada a través de una consulta por enfermería o por nutrición, cuyo responsable debe tener conocimiento y habilidades en valoración y consejería en lactancia materna.

Los profesionales encargados de la atención a niños y madres lactantes deben ser competentes en diferentes habilidades como la elaboración de historia clínica pediátrica, evaluación antropométrica y nutricional correcta, y seguimiento de la lactancia materna. Así mismo, deben tener entrenamiento o experiencia probada en lactancia materna.

8.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

8.5.1 Anamnesis

- a) Se deben indagar los siguientes aspectos sobre la práctica de la lactancia materna: Preparación prenatal para la lactancia materna, forma de inicio de la lactancia materna, ingesta de leche de fórmula antes del egreso hospitalario neonatal, expectativas de la madre y la familia frente a la lactancia materna.

- b) Con qué frecuencia y con cuál duración lacta, forma en la que lacta (postura de la madre y del niño, agarre y succión), reconocimiento de hambre y saciedad del bebé, administración de otros alimentos diferentes a la leche materna.
- c) Forma como se realiza la extracción, conservación y transporte de la leche en las madres lactantes que lo realizan.
- d) Alimentación de la madre: cómo es la composición de la dieta, consumo de líquidos o medicamentos.
- e) Cuidado de las mamas: alternancia de senos durante cada alimentación del niño, masaje, cuidado de los pezones.
- f) Inconvenientes e inquietudes sobre la lactancia,
- g) Planes para continuar con la lactancia en caso de retorno a la escuela o trabajo.

8.5.2 Examen físico

Evaluación de la práctica de la lactancia materna, aplicando la herramienta de verificación de la adecuada técnica de lactancia materna en lo relacionado con posición, succión y agarre. Debe realizarse también medición del peso del niño para verificar la progresión del mismo e identificar problemas nutricionales de forma oportuna.

8.5.3 Información para la salud

Al mismo tiempo de evaluar la práctica de la lactancia, se debe aconsejar a la madre de acuerdo a sus necesidades en los aspectos que se requieran para mejorar la técnica de la misma y se podrán ir resolviendo sus inquietudes.

La consulta debe ser aprovechada para educar a la madre lactante en:

- La importancia y beneficios de la lactancia materna para la madre y el bebé sobre otras formas de alimentación, incluyendo sucedáneos.
- Desestimular el uso de sucedáneos.
- Extracción, conservación, transporte de la lactancia materna.
- Cuidado de las mamas.
- Estrategias que pueden apoyar la lactancia materna como el Banco de Leche Humana, las Salas amigables de la Familia lactante, Instituciones Amigas de la Familia Lactante, entre otras.
- Los problemas que se pueden presentar relacionados con la lactancia materna y cómo manejarlos: 'poca leche,' bebé rechaza el pecho materno, madre que tiene pezones planos o invertidos, pechos ingurgitados, madre con pezones doloridos o con grietas o mastitis, como mantener la lactancia en un bebé con bajo peso al nacer o enfermo.

- Momento adecuado de inicio de la alimentación complementaria y forma de hacerlo.

8.5.4 Plan de cuidado

De acuerdo a los hallazgos e inquietudes identificados durante la consulta se acordará con la madre lactante las actividades en el plan de cuidado para asegurar el mantenimiento de la lactancia materna de forma exclusiva. En dicho plan es importante tener en cuenta las siguientes actividades:

- Ayudar a la madre y la familia para la implementación efectiva de la práctica de lactancia materna.
- En caso de encontrar situaciones como signos de infección en las mamas se deberá remitir a consulta médica resolutive para su manejo.
- Educación grupal para padres y cuidadores.

Como parte del Plan de cuidado se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones que hacen parte del mismo, de acuerdo a la periodicidad establecida en el esquema de atención, o en caso contrario ordenar o canalizar para su realización:

1. Consulta de reconocimiento y valoración de la familia
2. Consulta para la valoración integral en salud
3. Vacunación

8.5.5 Instrumentos, insumos y dispositivos

Historia clínica unificada. Carné de salud infantil. Instrumento de valoración de la técnica de la lactancia materna. Modelos de pecho para educación en lactancia materna, Modelos de instrumentos para extracción de la leche materna (bombas extractora, botella caliente), Modelos de instrumentos para almacenamiento (frascos de vidrio, bolsas para almacenamiento de LM).

9. TAMIZAJE PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

9.1 Objetivos

El objetivo del procedimiento es detectar lesiones precancerosas de cuello uterino o carcinomas infiltrantes de cuello uterino en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional incluidas en el Plan de Beneficios, ajustadas a la edad de la mujer y lugar de residencia habitual, a saber: Citología vaginal, Pruebas ADN-VPH o Técnicas de Inspección Visual con ácido acético y lugol.

9.2 Población sujeto

Las pruebas de tamización es dependiente del tipo de prueba aplicados según el grupo de edad de las mujeres y su lugar de residencia así:

Citología: La tamización con citología se debe realizar en las mujeres de 25 a 29 años de edad en esquema 1 – 3 - 3 (cada 3 años) ante resultados negativos.

Pruebas de ADN del Virus de Papiloma Humano: La tamización con las pruebas que detectan el ADN de los virus del papiloma humano de alto riesgo, se debe realizar a todas las mujeres entre 30 y 65 años de edad, con un esquema 1-5-5 (cada 5 años) ante resultados negativos.

Técnicas de inspección visual: Las técnicas de inspección visual están indicadas exclusivamente para las mujeres entre 30 a 50 años residentes en áreas de población dispersa y difícil acceso a los servicios de salud, y se deben aplicar con una frecuencia de cada 3 años ante resultados negativos.

Nota: Teniendo en cuenta que cuando el resultado de la prueba ADN-VPH es positivo, se debe realizar una citología (convencional o en base líquida) de triage o clasificación para decidir qué casos se remiten a colposcopia; es obligatorio que a todas las mujeres a quienes se realice toma de la Prueba de ADN-VPH, se les tome en el mismo momento, una muestra para citología (empezando con la muestra para citología, seguida por la muestra para el ADN-VPH). Todas las muestras de ADN-VPH deben ser analizadas; no obstante, sólo se llevarán a lectura las citologías de aquellas pacientes cuya prueba de ADN-VPH resultó positiva, las otras muestras se deben desechar.

9.3 Atenciones incluidas

- Diligenciamiento de historia clínica.
- Brindar información y educación sobre el procedimiento y diligenciar carne
- Toma no quirúrgica de muestra o tejido cervical para estudio citológico o para estudio del ADN del virus del papiloma humano.
- Inspección visual con ácido acético y lugol y tratamiento con crioterapia en mujeres residentes en lugares apartados.
- Control de muestras, gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información, Asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o Ruta Integral de Atención específica de cáncer de cuello uterino según hallazgos.

9.4 Competencias del talento humano

Toma de Citología y Pruebas ADN – VPH: Profesional en Medicina, Enfermería o Bacteriología o Cito-histotecnólogo o Histocitotecnólogo certificado por entidad autorizada o auxiliar de enfermería entrenado y certificado, en los lugares donde no exista ninguno de los profesionales antes listados.

Pruebas de Inspección visual con ácido acético y lugol (VIA – VILI): Sólo podrá ser realizada por médicos o profesionales en enfermería entrenados en la técnica y en el tratamiento inmediato con crioterapia, debidamente certificados según recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

9.5 Descripción del procedimiento

1. Brindar información sobre el procedimiento y diligenciar carné:

Asesoría en:

- Informar sobre el Virus del papiloma humano VPH como infección de transmisión sexual, factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Aclarar que un resultado positivo de VPH en la prueba de tamización no es igual a un diagnóstico de cáncer.
- Educar en factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, medidas de prevención primaria y finalidad de las actividades de tamización.
- Explicar los procedimientos a realizar en cada estrategia de tamización
- En las técnicas de inspección visual se debe brindar información de la técnica, los resultados disponibles en el momento del examen y la posibilidad del tratamiento inmediato con crioterapia, y obtener el consentimiento informado para evitar nuevas consultas.
- Informar posibles conductas según resultados de las pruebas de tamización.

- Informar que ante resultados de pruebas de tamización positivas es necesario realizar pruebas confirmatorias (colposcopia + biopsia), y en el caso de las técnicas de inspección visual es posible realizar tratamiento inmediato con crioterapia (en el mismo momento de la tamización)
- Insistir en la importancia de reclamar el resultado.

La realización de las actividades de asesoría, educación e información se debe registrar en la historia clínica.

- Entregar a las mujeres un carné que incluya: fecha de la toma de la prueba de tamización, tipo de prueba de tamización utilizada, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud.

2. Diligenciar información en formato establecido para el procedimiento de toma de la muestra de tamización:

- Incluir: Fecha de la tamización, consecutivo de muestra, datos de identificación de la paciente, unidad o IPS donde se realiza la tamización, EAPB, antecedentes ginecológicos y obstétricos, Antecedentes de infecciones de transmisión sexual, registrar el uso del dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo si aplica, antecedente de vacunación contra el VPH, fecha de la vacunación, fecha y resultado de la última prueba de tamización de cáncer de cuello uterino y procedimientos anteriores en cuello uterino.
- Cuando la tamización sea con las Técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol, el formato debe incluir el resultado de la inspección visual con ácido acético (VIA), con el lugol (VILI), la evaluación final, y la conducta a seguir. Incluir si se hizo tratamiento inmediato con crioterapia, las instrucciones y el control; o incluir si el caso fue remitido a especialista.

3. Realizar procedimiento de tamización de cáncer de cuello uterino, de acuerdo con edad de la mujer y lugar de residencia habitual, así:

Nota: Se debe propiciar un ambiente tranquilo y discreto para la realización de las pruebas de tamización de cáncer de cuello uterino. Así mismo, permita a la mujer expresar si alguno de los exámenes genera dolor y entable un diálogo asertivo que favorezca la comprensión y la comodidad de la mujer.

- **Mujeres de 25 a 29 años:** Se deben tamizar con citología de cuello uterino convencional o en base líquida (según disponibilidad).

NOTA: En mujeres menores de 25 años, se realizará la tamización de oportunidad con citología, a partir del criterio y evaluación de antecedentes y factores de riesgo por el médico o enfermera que justifiquen realizarla, conservando el mismo esquema 1-3-3 ante resultados negativos.

- **Mujeres de 30 a 65 años:** A partir de los 30 años y hasta los 65 años, la tamización obligatoria será con las Pruebas ADN-VPH, procesada por las técnicas de Captura de Híbridos 2 o Técnicas de PCR. Cuando se disponga de pruebas rápidas para ADN-VPH por técnica de Captura de Híbridos u otras, su uso estará restringido únicamente a lugares con población dispersa, unidas a la estrategia de Ver y Tratar, bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Contextos rurales y rurales dispersos:** ver el apartado específico.
- **Mujeres mayores de 65 años:** A partir de los 65 años se suspende la tamización para cáncer de cuello uterino, siempre y cuando las pruebas de tamización previas, en los últimos cinco años, específicamente las del ADN-VPH tengan resultado negativo. En caso contrario continuar seguimiento según algoritmos para lesiones pre neoplásicas

Nota: Si en el momento de realizar la inspección del cuello uterino a través de la especuloscopia para la tamización, se identifican signos que sugieren un carcinoma infiltrante, se debe informar a la mujer, generar una alerta en el sistema y gestionar la atención en los servicios de colposcopia para confirmación mediante biopsia en un tiempo no mayor a 1 semana, sin necesidad de realizar o conocer el resultado de la prueba de tamización.

4. Registrar información:

- Registrar en la historia clínica el procedimiento, prueba utilizada y hallazgos de la inspección a la especuloscopia.
- Diligenciar los formatos establecidos como el Registro diario consecutivo de las muestras tomadas y demás a que haya lugar.
- Registrar en el sistema de información y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la toma, tipo de muestra, resultados y conducta del VIA VILI cuando corresponda.

5. Control de muestras:

- Almacenar, embalar y entregar las láminas de Citología y pruebas ADN - VPH, los formularios de toma de muestra, cumpliendo los protocolos y manuales establecidos por el laboratorio centralizado. Las pruebas ADN-VPH deben seguir las indicaciones de almacenamiento y tiempo para el procesamiento del proveedor. Documentar las entregas realizadas al transporte certificado dispuesto por el laboratorio centralizado.

El tiempo transcurrido entre la toma y recepción de la muestra en el laboratorio no debe superar los cinco (5) días.

Definir los procesos para el archivo de láminas de citologías de cuello uterino (CCU) en la unidad de tamización cuando se toma en forma simultánea con pruebas ADN-VPH, especificando el proceso de búsqueda y envío para su lectura, de las láminas que correspondan a mujeres con resultados positivos de pruebas ADN VPH, y detallar los procedimientos de desechos de láminas de CCU, en los casos que las pruebas ADN VPH sean negativas.

6. Gestión de resultados a cargo del coordinador de la unidad de tamización en el prestador primario:

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del laboratorio centralizado y generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de la citología y pruebas ADN-VPH entregados por el laboratorio centralizado (concordancia del número de pruebas enviadas frente al número de resultados entregados).
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos de las pruebas ADN-VPH y citología, gestionar la entrega de los resultados en un tiempo no mayor a 15 días.
- Registrar en el sistema de información y en los registros administrativos vigentes el resultado de la prueba, la fecha de recepción del informe, fecha de la próxima prueba de acuerdo a lo registrado en el resultado.
- Registrar en historia clínica el resultado **negativo** de citología vaginal usando en forma obligatoria el sistema de reporte Bethesda 2014, registrar el resultado

negativo de la prueba ADN-VPH, o de la inspección visual y citar para la siguiente prueba de tamización así:

- Para citología de cuello uterino en mujeres entre 25 y 29 años, citar para nueva prueba en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3
 - Para pruebas ADN VPH en mujeres entre 30 y 65 años, citar en 5 años, siguiendo el esquema 1-5-5.
 - Para Técnicas de Inspección Visual (VIA VILI) en mujeres entre 30 y 50 años: citar en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3.
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados **positivos** de las pruebas de **citología**, realizar la búsqueda activa de las mujeres, gestionar la consulta con medicina general en un tiempo no mayor a 1 semana para los resultados de citología en los cuales se debe gestionar la lectura y entrega de los resultados de la citología en un tiempo no mayor a 1 semana; **gestionar la cita para la confirmación diagnóstica en los servicios de colposcopia** en un tiempo no mayor a 30 días cuando el caso requiera el procedimiento.
 - Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados **positivos** de las pruebas **ADN-VPH**, realizar la búsqueda activa de las mujeres, gestionar la consulta con medicina general en un tiempo no mayor a 2 semanas, en los cuales se debe gestionar la lectura y entrega de la citología clasificatoria o de triage en un tiempo no mayor a 1 semana; **gestionar la cita para la confirmación diagnóstica en los servicios de colposcopia** en un tiempo no mayor a 30 días cuando el caso requiera el procedimiento.

Cuando la prueba de ADN-VPH resulte positiva, pero la citología de triage o clasificatoria sea negativa, la usuaria será citada a un control con prueba de ADN-VPH en 18 meses.

- **Una vez se realice la colposcopia a mujeres con citología positiva;** registrar en el sistema de información: el resultado de la citología anormal utilizando en forma obligatorio el sistema de reporte Bethesda 2014, la fecha de recepción del informe, la fecha de realización de la colposcopia, si se realizó o no biopsia, informe de la colposcopia y fecha y resultado de la biopsia. En los casos de biopsia positiva para cáncer infiltrante es obligatorio generar una alerta al sistema y gestionar la atención en la Unidad Funcional de forma coordinada con la EAPB.

- Registrar en la historia clínica la información anterior, fijando la cita del siguiente control para el seguimiento de cada caso según conducta.
- **Una vez se realice la colposcopia a mujeres con Prueba de ADN-VPH positiva y citología de triage positiva;** registrar en el sistema de información el resultado de la prueba ADN-VPH positiva para virus de alto riesgo, y el resultado de la citología de *triage*. Cuando la citología de *triage* es positiva registrar las atenciones de colposcopia, biopsia con sus correspondientes fechas y resultados. En los casos de biopsia positiva para cáncer infiltrante es obligatorio generar una alerta al sistema y gestionar la atención en la Unidad Funcional de la EAPB en un tiempo no mayor a 15 días.
- Registrar en la historia clínica la información anterior, así como las conductas respectivas y la fecha de los siguientes controles.
- **En caso de resultados positivos:** Registrar en historia clínica el resultado, realizar búsqueda activa de las mujeres con prueba de tamización positiva y asignar cita de entrega de resultados con profesional de Medicina General. Realizar la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de Cuello Uterino y su respectivo lineamiento de implementación.

7. Entrega de resultados – Plan de cuidado:

- Si los resultados de las pruebas de tamización son **negativos**: Brindar asesoría sobre la importancia de la adherencia al esquema de tamización de cáncer de cuello uterino, prevención de la infección por VPH y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Diligenciar en el carné los resultados de la prueba y registrar la fecha de la siguiente cita de tamización. Si la usuaria refiere síntomas sugestivos o presenta infecciones vaginales, derivar a consulta resolutoria por Medicina General.
- Cuando el resultado de la citología vaginal reporta en calidad de la muestra **insatisfactoria**, se debe tomar una nueva citología entre las tres y cuatro semanas siguientes, con el fin de permitir una adecuada reepitelización del cuello uterino.
- Si los resultados de las pruebas de tamización son **positivos**: Se requiere la realización de una consulta por profesional en Medicina General, en la cual se debe:
 - Brindar asesoría sobre el resultado de las pruebas, derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de ITS incluido el VPH e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.

- Registrar en historia clínica el resultado positivo de la citología vaginal (ASC- US o mayor), fecha de realización y resultado de la prueba ADN-VPH y de la citología de *triage*.
- Registrar resultados y observaciones en el carné de la mujer.

En atención a lo definido en la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de Cuello en su lineamiento específico y en el presente lineamiento y procedimiento: proceder con pruebas diagnósticas, el tratamiento y seguimiento requerido.

9.5.1 Información para la salud

- Virus del papiloma humano VPH como infección de transmisión sexual y un resultado positivo de VPH en la prueba de tamización no es igual a un diagnóstico de cáncer
- Posibles conductas según resultados
- Importancia de reclamar el resultado y adherencia al programa.

9.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Contar con los elementos indispensables para la toma de citología: guantes y espéculos desechables, laminas para citología, cito-fijador, cito-cepillos y espátulas. Adicionalmente se debe contar con la disponibilidad de los insumos para tomar las pruebas de ADN-VPH según las indicaciones de la prueba que se vaya a usar. En los casos de tamización con ácido acético y lugol, se debe contar con los elementos necesarios para el examen ginecológico: guantes y espéculo desechables, aplicadores y algodón, ácido acético al 5% y solución de lugol.

10. TAMIZAJE PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA

10.1 Objetivos

El objetivo del procedimiento es detectar lesiones de cáncer de mama en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional incluidas en el Plan de Beneficios ajustadas a la edad de la mujer.

10.2 Población sujeto

Mujeres a partir de los 40 años: examen clínico de la mama.
Mujeres a partir de los 50 años hasta los 69 años: mamografía bilateral.

10.3 Atenciones incluidas

- Diligenciamiento de historia clínica.
- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización: finalidad y beneficios; así como en la importancia de reclamar el resultado.
- Realización del Examen Clínico de la mama
- Realización de la mamografía
- Gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información
- Asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o RIA específica de cáncer de mama según hallazgos

10.4 Competencias del talento humano

Profesional en Medicina, Enfermería, Médico especialista en Medicina Familiar, Ginecología, Cirugía General, Radiología, Cirugía de Mama.

10.5 Descripción del procedimiento

1. Brindar información sobre el procedimiento y diligenciar carné:

- Asesoría en:
 - Cáncer de mama y en la identificación de los factores de riesgo heredo-familiares y personales.

- En la anamnesis enfatizar en la identificación de factores de riesgo heredo-familiares y personales, en caso de identificar estos factores de riesgo, derivar a la Ruta Integral de Atención de Cáncer de Mama para la intervención correspondiente.
- Promover y educar a todas las mujeres en el autoexamen de mama y la identificación de señales de alarma para que en caso de que exista alguna de ellas asista a su servicio de salud para conducta resolutive. Las señales de alarma son:
 - Masas en la mama o axila
 - Engrosamiento de la piel o retracción
 - Cambio en el color de la piel
 - Retracción del pezón de reciente aparición
 - Asimetría de las mamas de reciente aparición
 - Ulceraciones en la mama o pezón
 - Secreciones o sangrado por el pezón
- Precisar a la mujer, que la práctica del autoexamen no reemplaza la realización de las pruebas de tamización en las edades indicadas; por lo cual se le debe insistir que acuda al servicio de salud cada año después de los 40 años o en cualquier momento en el que identifique señales de alarma relacionadas con cáncer de mama.
- Promover la asistencia anual a los servicios de salud a partir de los 40 años, para la práctica del examen clínico de la mama.
- Promover la realización de la mamografía cada 2 años a partir de los 50 años y hasta los 69 años.
- Educar sobre los procedimientos a realizar, informar los pasos y posible malestar que genera la toma de la mamografía, ofreciendo a la usuaria la posibilidad de expresarse y sentirse tranquila.
- Posibles conductas según resultados.
- Ante resultados de pruebas de tamización positivas es necesario realizar pruebas confirmatorias.

La realización de las actividades de asesoría, educación e información se debe registrar en la historia clínica y en los registros administrativos vigentes.

- Entregar a las mujeres un carné que incluya: fecha de la tamización, pruebas realizadas, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud.

2. Diligenciar información en formato establecido para la tamización de cáncer de mama y en los registros administrativos vigentes

- Incluir: Fecha de la tamización, datos de identificación de la paciente, unidad o IPS donde se realiza la tamización, EAPB.

3. Realizar procedimiento de tamización de cáncer de mama así:

Nota: Recuerde propiciar un ambiente tranquilo y discreto para la realización del examen clínico y/o la mamografía. Así mismo, permita a la mujer expresar si alguno de los exámenes genera dolor y entable un diálogo asertivo que favorezca la comprensión y la comodidad de la mujer.

- **Mujeres a partir de los 40 años:** Examen clínico de la mama cada año.
- **Mujeres de 50 a 69 años:** A partir de los 50 años y hasta los 69 años, es obligatorio realizar tamización con mamografía de 4 proyecciones cada 2 años, en conjunto con el examen clínico de la mama.

4. Registrar información:

- Registrar en la historia clínica el procedimiento realizado.
- Diligenciar los formatos establecidos como el Registro diario consecutivo y demás registros administrativos vigentes.
- Registrar en el sistema de información del programa de cáncer mama y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la toma, tipo de muestra (examen clínico, mamografía o ambos) y los resultados.

5. Gestión de resultados (a cargo del Coordinador del programa de cáncer de mama en la unidad de tamización):

- Garantizar la oportunidad en el examen clínico de la mama, y solicitar exámenes complementarios (ecografía de seno y/o mamografía) cuando el examen clínico sea anormal.
- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización con mamografía (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.

- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de radiología, generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de la mamografía.
- Registrar en el sistema de información del programa: el resultado de la mamografía, la fecha de recepción del informe, fecha de la próxima mamografía de acuerdo a lo registrado en el resultado.
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos.
- Ante resultados **NORMALES** de la mamografía (BI-RADS 1 Y 2) continuar esquema de tamización cada 2 años hasta los 69 años.
- En caso de resultados **ANORMALES** (BI-RADS 4A, 4B, 4C y 5): Registrar en historia clínica el resultado, realizar búsqueda activa de las mujeres con este resultado en la mamografía y asignar con carácter prioritario la cita de entrega de resultados con profesional de Medicina General o Enfermería entrenados quien previa información de los resultados y del proceso a seguir, deberá derivar a las acciones de diagnóstico histológico (Biopsia) y remitir al cirujano de mama (mastólogo) o cirujano oncólogo.
- En pacientes con resultados **ANORMALES** generar una alerta para que el prestador primario que está a cargo de la tamización haga búsqueda activa de la paciente y realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de mama y su respectivo lineamiento de implementación.
- Registrar en historia clínica y en registros administrativos vigentes

Nota: Ante resultados de mamografía BI-RADS 3 adelantar las intervenciones diagnósticas o de seguimiento en concordancia con lo definido en la RIA de cáncer de mama y su lineamiento de implementación.

6. Entrega de resultados – Plan de cuidado:

- Si los resultados de las pruebas de tamización son **NORMALES**: Brindar asesoría sobre la importancia de la adherencia al programa de cáncer de mama y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Diligenciar en el carné los resultados de la prueba y registrar la fecha de la siguiente cita de tamización que deberá corresponder a los dos años siguientes.
- Si el resultado de la mamografía es **ANORMAL**: Se requiere la realización de una consulta por profesional en Medicina General, en la cual se debe:
 - Brindar asesoría sobre el resultado e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.

- Registrar en historia clínica y registros administrativos vigentes el resultado anormal
- Registrar resultados y observaciones en el carné.
- Derivar a la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de mama, para proceder con pruebas diagnósticas y el tratamiento requerido de acuerdo con las intervenciones descritas en la mencionada RIA y su respectivo lineamiento de implementación.

Brindar información sobre la realización del autoexamen de mama como práctica de autocuidado, indicar la técnica y las señales de alarma. Es importante precisar a la mujer, que la práctica del autoexamen no reemplaza la realización de las pruebas de tamización en las edades indicadas; por lo cual se le debe insistir que acuda al servicio de salud cada años después de los 40 años o en cualquier momento en el que identifique señales de alarma relacionadas con cáncer de mama.

10.5.1 Información para la salud

- Cáncer de mama y en la identificación de los factores de riesgo
- Promover y educar en el autoexamen de mama
- Promover el uso de los servicios de salud anualmente para propiciar la realización del examen clínico de mama a partir de los 40 años
- Promover la realización de la mamografía cada 2 años a partir de los 50 años
- Educar sobre los procedimientos a realizar
- Posibles conductas según resultados de la tamización

10.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Se debe contar con un sitio de examen que garantice la privacidad, y batas para que la mujer se cubra.

11. TAMIZAJE PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

11.1 Objetivos

El objetivo del procedimiento es detectar el cáncer de próstata en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de oportunidad, ajustadas a la edad del hombre.

11.2 Población sujeto

Hombres mayores de 50 años

11.3 Atenciones incluidas

- Diligenciamiento de historia clínica.
- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización y la importancia de reclamar el resultado.
- Realización de tacto rectal
- Orden de PSA (cuantitativo)
- Gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información
- Asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o RIA específica de cáncer de próstata según hallazgos clínicos o factores de riesgo identificados en el paciente.

11.4 Competencias del talento humano

Profesional en Medicina, Enfermería, Médico especialista en Medicina Familiar, Urólogo

11.5 Descripción del procedimiento

1. Brindar información sobre el procedimiento y diligenciar carné:

Asesoría en:

- Cáncer de próstata en la identificación de los factores de riesgo y señales de alarma
- Promover y educar en autocuidado

- Promover el uso de los servicios de salud cada dos años para propiciar la realización de pruebas de tamización de oportunidad a partir de los 50 años, o antes si existen factores de riesgo o sintomatología, para ofrecer las pruebas correspondientes en concordancia con las intervenciones definidas en la RIA de cáncer de próstata y su lineamiento de implementación.
- Educar sobre los procedimientos de tamización, en especial en la realización del tacto rectal y la necesidad de hacerlo combinado con el PSA cuantitativo.
- Educar sobre las condiciones físicas para la toma del PSA.
- Educar en las posibles conductas según resultados de la tamización
- Informar que si los resultados de las pruebas de tamización son positivas, es necesario realizar pruebas confirmatorias

La realización de las actividades de asesoría, educación e información se debe registrar en la historia clínica y en los registros administrativos vigentes.

- Entregar a los hombres un carné que incluya: fecha de la tamización, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud.

2. Diligenciar información en formato establecido para la tamización de cáncer de próstata

- Incluir: Fecha de la tamización, datos de identificación del paciente, unidad o IPS donde se realiza la tamización, EAPB.

3. Realizar procedimiento de tamización de cáncer de próstata así:

- Realizar la evaluación clínica e identificación de factores de riesgo y síntomas individuales relacionados con el desarrollo del cáncer de próstata, con el fin de determinar si hay riesgo y/o sospecha de enfermedad y determinar la conducta a seguir (tamización o proceder con el diagnóstico según hallazgos).
- Realizar en forma obligatoria el examen clínico de la próstata (tacto rectal) por parte de los prestadores primarios en todos los hombres mayores de 50 años, o en mayores de 40 años con factores de riesgo (antecedentes familiares o que sean de raza negra) quienes soliciten atención médica por cualquier causa y/o presenten síntomas.
- En todo hombre mayor de 50 años que acuda al servicio de salud por cualquier causa realizar de forma obligatoria prueba de tamización mediante la solicitud del antígeno prostático en sangre y la realización del tacto rectal por parte del profesional en medicina general entrenado, con una frecuencia de cada dos (2) años y previa explicación de los potenciales riesgos y beneficios para el paciente,

promoviendo una toma de decisiones concertada El prestador primario solicitará la prueba de PSA en sangre.

Nota: En los hombres susceptibles de tamización, se debe solicitar el antígeno prostático específico (PSA), para que cuando asista a la consulta de medicina general ya esté disponible el resultado y se proceda a la realización del tacto rectal. Si la entrada es por la consulta de medicina general, primero se realizará el tacto rectal y se solicitará el PSA, el cual se debe realizar después de 10 días de realizado el tacto rectal, agendando la toma de la muestra y la consulta para la entrega y lectura de los resultados.

Nota: En aquellos hombres con identificación de factores de riesgo individual o hallazgos clínicos, se debe establecer una clasificación del riesgo de desarrollar cáncer de próstata en concordancia con los criterios descritos en la Guía de Práctica Clínica para cáncer de próstata y las intervenciones definidas en la RIA de cáncer de próstata y sus lineamientos de implementación.

4. Registrar información:

- Registrar en la historia clínica el procedimiento realizado (tacto rectal) y los hallazgos así como el resultado de PSA.
- Diligenciar los formatos y registros administrativos vigentes.
- Registrar en el sistema de información del programa de cáncer de próstata y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la tamización: fecha del tacto recta, fecha del informe de la PSA, resultados del tacto rectal, y del PSA.

5. Gestión de resultados (a cargo del Coordinador del programa de cáncer de próstata en la unidad de tamización):

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización con PSA (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de laboratorio clínico, generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de la PSA.
- Registrar en el sistema de información del programa y en los registros administrativos vigentes: la fecha de toma de la muestra de PSA, la fecha del resultado de la PSA, el resultado de la PSA, la fecha de recepción del informe, los valores de referencia de la prueba según la casa comercial del kit, el valor

cuantificado del PSA en ng/d, fecha de la próxima tamización de acuerdo a lo registrado en el resultado. .

- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos de PSA.
- Registrar en historia clínica el resultado **normal** de la PSA y anotar la fecha de la siguiente tamización.
- En caso de resultados **anormales** de la PSA: Registrar en historia clínica el resultado, realizar búsqueda activa de los hombres con PSA anormal y asignar cita de entrega de resultados con profesional de Medicina General o médico especialista. Realizar la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de próstata y su respectivo lineamiento de implementación.

6. Entrega de resultados – Plan de cuidado:

- Si los resultados de los **dos exámenes son normales**: se comunicarán estos resultados al usuario y se fijarán los controles a seguir.
- Si el resultado **del antígeno prostático es anormal**, pero el **tacto rectal es normal** se repetirá un nuevo antígeno prostático a las cuatro semanas, si persiste elevado se remitirá y gestionará la consulta con el especialista en urología en un tiempo no mayor a 4 semanas. Si se normaliza se fijará el próximo control.
- En caso de valores de **antígeno prostático normal** pero hallazgo de **tacto rectal anormal** (sospechoso de malignidad), también es indicación de alerta y remisión al especialista gestionando la atención en un tiempo no mayor a 4 semanas, de acuerdo a lo definido en la RIA de cáncer de próstata y su lineamiento de implementación.
- Independientemente de los hallazgos, se realizarán actividades de consejería breve para la promoción del autocuidado y la Salud Sexual y Reproductiva.
- Adicional a lo anterior, se deberá:
 - Brindar asesoría sobre el resultado e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.
 - Registrar en historia clínica el resultado anormal
 - Registrar resultados y observaciones en el carné.
- Derivar a la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de próstata, para proceder con pruebas diagnósticas y el tratamiento requerido de acuerdo con las intervenciones descritas en la mencionada RIA y su respectivo lineamiento de implementación.

11.5.1 Información para la salud

- Cáncer de próstata en la identificación de los factores de riesgo y señales de alarma

- Promover en prácticas de cuidado
- Promover el uso de los servicios de salud cada dos años para propiciar la realización de pruebas de tamización de oportunidad a partir de los 50 años, o antes si existen factores de riesgo o sintomatología.
- Informar en las posibles conductas según resultados de la tamización

11.5.2 Plan de cuidado

- Si los resultados de los **dos exámenes son normales**: se comunicarán estos resultados al usuario y se fijarán los controles a seguir.
- Si el resultado **del antígeno prostático es anormal**, pero el **tacto rectal es normal** se repetirá un nuevo antígeno prostático a las cuatro semanas, si persiste elevado se remitirá y gestionará la consulta con el especialista en urología en un tiempo no mayor a 4 semanas. Si se normaliza se fijará el próximo control.
- En caso de valores de **antígeno prostático normal** pero hallazgo de **tacto rectal anormal** (sospechoso de malignidad), también es indicación de alerta y remisión al especialista gestionando la atención en un tiempo no mayor a 4 semanas, de acuerdo a lo definido en la RIA de cáncer de próstata y su lineamiento de implementación.
- Independientemente de los hallazgos, se realizarán actividades de consejería breve para la promoción del autocuidado y la Salud Sexual y Reproductiva.
- Adicional a lo anterior, se deberá:
 - Brindar asesoría sobre el resultado e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.
 - Registrar en historia clínica el resultado anormal
 - Registrar resultados y observaciones en el carné.

Derivar a la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de próstata, para proceder con pruebas diagnósticas y el tratamiento requerido de acuerdo con las intervenciones descritas en la mencionada RIA y su respectivo lineamiento de implementación..

11.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Contar con las pruebas de tamización de PSA cuantitativo

12. TAMIZAJE PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

12.1 Objetivos

El objetivo del procedimiento es propiciar la detección del cáncer de colon y recto en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización poblacional organizada en hombres y mujeres con edad mayor o igual a 50 años y en grupos de individuos con factores de riesgo personal y/o familiar para cáncer colorrectal.

12.2 Población sujeto

Hombres y mujeres con edad igual o mayor a 50 años.

12.3 Atenciones incluidas

- Diligenciamiento de historia clínica.
- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización y la importancia de reclamar el resultado.
- Orden de test de sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica (**3 muestras en días diferentes**) o colonoscopia según disponibilidad
- Gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información
- Asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o RIA específica de cáncer de colon y recto u otra según hallazgos clínicos o factores de riesgo identificados en el usuario

12.4 Descripción del procedimiento

Realizar las pruebas de tamización poblacional organizada para la detección temprana del cáncer de colon y recto en hombres y mujeres mayores o iguales a 50 años y en grupos de individuos con factores de riesgo personal y/o familiar para cáncer colorrectal.

Realizar la prueba de tamización según grupo de riesgo así:

- I. **Hombres y mujeres iguales o mayores a 50 años:** Realizar la historia clínica, el examen físico por parte de los prestadores primarios en todos los hombres y las mujeres de 50 años o mayores de 50 años quienes soliciten atención médica por cualquier causa y a aquellas que por la demanda inducida o búsqueda activa asistan a la consulta específica, y solicitar la prueba de sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años cuando esta se encuentre disponible.

Ante la presencia de factores de riesgo en el individuo, este debe ser derivado a la Ruta Integral de Atención de cáncer de colon y recto para que la tamización sea realizada siguiendo las indicaciones allí definidas. Se consideran los siguientes grupos de riesgo:

- Individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario.
- Individuos con antecedentes familiares en primer grado de poliposis adenomatosa familiar (PAF) clásica con prueba genética positiva o en aquellas familias con criterios clínicos en las que no se ha identificado la mutación causal.
- Individuos con sospecha o antecedente familiar de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario.
- Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
- Individuos con antecedentes de pólipos adenomatosos del colon.
- Individuos con antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon.

Nota: En aquellos individuos con identificación factores de riesgo individual o hallazgos clínicos, se debe establecer una clasificación del riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto en concordancia con los criterios descritos en la Guía de Práctica Clínica para este cáncer y las intervenciones definidas en la RIA de cáncer de colon y recto y sus lineamientos de implementación.

Se debe instruir a los pacientes que ante la presencia de síntomas debe acudir a su servicio de salud para valoración y solicitud de exámenes complementarios.

7. Registrar información:

- Registrar en la historia clínica los procedimientos solicitados
- Diligenciar los formatos y registros administrativos establecidos
- Registrar en el sistema de información del programa de cáncer de colon y recto y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la consulta, fecha de la orden las pruebas de tamización, realización y hallazgos de las pruebas de tamización.

8. Gestión de resultados (a cargo del Coordinador del programa de cáncer de colon y recto en la unidad de tamización):

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de laboratorio clínico y de colonoscopia; generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de las pruebas de tamización que fueron realizadas

- Registrar en el sistema de información del programa: la fecha de toma del test de sangre oculta en materia fecal o la colonoscopia, la fecha del resultado de las pruebas realizadas, el resultado de las pruebas realizadas, la fecha de recepción del informe, los Valores de referencia de la prueba según la casa comercial del kit, la fecha de la próxima tamización de acuerdo a lo registrado en el resultado. .
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de **resultados negativos o normales** de las pruebas de tamización y anotar la fecha del siguiente examen. En este caso informar a la persona, brindar pautas de autocuidado y definir fecha de la nueva tamización.
- En caso de resultados **anormales** de las pruebas de tamización, registrar en historia clínica el resultado, realizar búsqueda activa de los individuos y asignar cita de entrega de resultados con médico especialista. Realizar la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de colon y recto y su respectivo lineamiento de implementación.

12.4.1 Información para la salud

- Cáncer de colon y recto, en la identificación de los factores de riesgo y síntomas de alarma (pérdida de peso, melenas o sangrado rectal activo, mas abdominal palpable, cambio en el hábito intestinal).
- Promover y educar en autocuidado, consumo de alimentos ricos en fibra como frutas y verduras y granos integrales, evitar el consumo de carnes procesadas o embutidos.
- Promover el uso de los servicios de salud cada dos años para propiciar la realización de pruebas de tamización poblacional organizada a partir de los 50 años, o antes si existen factores de riesgo o sintomatología para ofrecer las pruebas correspondientes en concordancia con las intervenciones definidas en la RIA de cáncer de colon y recto y su lineamiento de implementación.
- Educar sobre los procedimientos a realizar
- Educar en los posibles conductas según resultados de la tamización
- Informar que si los resultados de las pruebas de tamización son positiva es necesario realizar pruebas confirmatorias

12.4.2 Plan de cuidado

- El referente o encargado del programa de tamización o de la unidad de atención de cáncer de colon y recto, debe hacer búsqueda de los resultados de exámenes solicitados y los interpretará para tomar la conducta respectiva así:
 - Los resultados de exámenes normales se los comunicará a los pacientes, y fijará los controles a seguir.

- Con resultados positivos se los comunicará al paciente y gestionará la realización de la colonoscopia, biopsia o consulta con especialista indicado en forma prioritaria, asignándole cita durante la misma visita.
- Independientemente de los hallazgos, se realizarán actividades de consejería breve para la promoción del autocuidado
- Adicional a lo anterior, se deberá:
 - Brindar asesoría sobre el resultado e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.
 - Registrar en historia clínica el resultado anormal
 - Registrar resultados y observaciones en el carné.

Derivar a la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de colon y recto, para proceder con pruebas diagnósticas y el tratamiento requerido de acuerdo con las intervenciones descritas en la mencionada RIA y su respectivo lineamiento de implementación.

12.5 Instrumentos, insumos y dispositivos

Contar con la disponibilidad de las pruebas de tamización de sangre oculta en heces por técnica de inmunoquímica

13. ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN

13.1 Objetivos

- Brindar a las mujeres, hombres y sus parejas asesoría, información, y educación para el logro de una elección informada del método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.
- Asegurar la provisión efectiva de los métodos anticonceptivos de elección de la mujer, el hombre o la pareja, dentro de la consulta o en el menor tiempo posible posterior a la misma, para garantizar el ejercicio pleno y autónomo de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Responder a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Contribuir a la reducción de la inequidad reproductiva, en situaciones especiales como el embarazo no planeado, especialmente en adolescentes, embarazos de alto riesgo, mujeres después de los 40 años, mujeres con discapacidad, personas con riesgo o portadoras de una infección de transmisión sexual y VIH /sida.
- Promover el bienestar y desarrollo social de la población, promoviendo la paternidad y maternidad intencionada y responsable.
- Cumplir con los criterios de calidad y seguridad clínica en la provisión de los métodos anticonceptivos.
- Espaciar los periodos intergenésicos, y disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil y reducción del aborto inseguro, mediante el acceso a provisión efectiva de anticoncepción en el post evento obstétrico antes de las 48 horas post parto o post aborto, o antes del alta hospitalaria.
- Incentivar la participación de los hombres en la prevención de los embarazos no deseados.

13.2 Población sujeto

Mujeres y hombres en edad fértil, quienes desean iniciar un método anticonceptivo, incluye aquellos que tienen intención de iniciar relaciones sexuales penetrativas. Se puede acceder a esta consulta por demanda espontánea o derivada(o) de otra atención.

13.3 Atenciones incluidas

Las siguientes atenciones conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención en anticoncepción a mujeres y hombres:

- Consulta de Primera Vez de Planificación Familiar y Anticoncepción
- Elección y suministro de métodos anticonceptivos
- Consulta de control o seguimiento de Planificación Familiar y anticoncepción

13.4 Competencias del talento humano

Esta atención se realizará por profesional de Enfermería, Medicina General, Medicina Familiar o Ginecología, quienes deben contar con conocimientos sobre el uso, formulación y procedimientos, del método seleccionado por la persona, luego del proceso de elección libre e informada y aplicación de métodos anticonceptivos según normatividad y criterios de elegibilidad de la OMS y/o CDC vigentes, sensibilizados, con habilidades comunicativas y entrenados para abordar los diferentes tópicos de la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva, desde la perspectiva de derechos. (Personal debidamente capacitado y entrenado en anticoncepción).

13.5 Descripción del procedimiento

13.5.1 Consulta de Primera vez de planificación familiar y anticoncepción

La consulta se debe desarrollar en un lugar que garantice la privacidad, y generar un ambiente de confianza, calidez y empatía, hacer uso de un lenguaje sencillo y claro para él y/o ella, evitando actitudes autoritarias, paternalistas, hostiles o de crítica, para que las personas puedan escoger el método que les parezca más conveniente para sí mismos. En el caso de las y los adolescentes, pueden asistir solos o con un acompañante si él o ella lo prefieren; y debe ofertarse y realizarse, sin excepción en los servicios primarios y complementarios, para garantizar el servicio post evento obstétrico.

13.5.1.1 Asesoría en anticoncepción

La asesoría es un proceso de comunicación interpersonal y directa, mediante la cual un miembro del equipo de salud orienta, asesora y apoya a otra persona o pareja, a identificar sus necesidades, a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias acerca de su(s) vida(s) reproductiva(s). La asesoría debe brindar información clara y precisa en anticoncepción, además permitir aclarar/resolver las dudas y preocupaciones de la persona y/o la pareja que se atiende, con el fin de facilitar una

elección libre e informada, acorde a las necesidades individuales, por lo cual debe contener como mínimo los siguientes elementos:

- Enmarcar la anticoncepción dentro de los derechos en salud sexual y salud reproductiva, informar a la usuaria o usuario, sobre su derecho a la autonomía reproductiva (decidir la cantidad, intervalo y el momento oportuno tener hijos o no, y los medios para lograrlo, su derecho a la información, la libertad de decidir, la privacidad, la vida libre de daño, la igualdad y la justicia sanitaria. Garantizar la privacidad y confidencialidad.
- Indagar sobre las opciones frente a la posibilidad de un embarazo y planes de vida.
- Indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la usuaria o usuario, con base a su necesidad, lo que espera de un método anticonceptivo, tiempo de duración, uso previo de métodos anticonceptivos y dirigir la asesoría de acuerdo a necesidades y expectativas.
- Breve descripción del funcionamiento del sistema reproductivo.
- Información sobre todos los métodos anticonceptivos elegibles, informando primero sobre los más efectivos (larga duración reversibles (implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos), sin omitir ninguno; (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de anticonceptivos, razones de discontinuación del método y posibles barreras de acceso a los diferentes métodos), ofertar con especial énfasis los métodos de larga duración (implante hormonal, dispositivos intrauterinos). (Anexo)
- Acompañamiento en elección informada y voluntaria del método más adecuado, de acuerdo a los elementos brindados en la asesoría.

Para el caso de menores de 14 años que hayan iniciado relaciones sexuales penetrativas, se debe brindar la asesoría y consulta anticonceptiva, iniciar el método seleccionado, y activar ruta de atención de violencia sexual, cumplir con las responsabilidades que impone la Ley, de la protección de las personas víctimas de delitos sexuales informar a las autoridades competentes; en ningún caso limita o modifica la atención en salud que debe entregarse a la usuaria.

13.5.1.2 Anamnesis

Se debe indagar sobre los siguientes aspectos:

- a. Antecedentes médicos. Familiares, psicosociales, laborales, ginecológicos, obstétricos y de uso o discontinuación de métodos anticonceptivos.

- b. Uso actual de métodos de anticoncepción: Tipo de método, tiempo de duración, satisfacción con el mismo, efectos secundarios y su manejo, quién lo indico y/o prescribió, último control de anticoncepción y la razón de preferencia de dicho método o razones de discontinuación de métodos anticonceptivos. Esta indagación debe hacerse especialmente para la consulta de control.
- c. Antecedentes del conocimiento y práctica en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

13.5.1.3 Examen físico

Realizar examen físico de acuerdo a procedimientos seleccionados por la OMS para proveer métodos anticonceptivos ⁵

Los procedimientos (pruebas clínicas y paraclínicos) indispensables para iniciar métodos anticonceptivos son: Examen pélvico y/o genital para inserción de Dispositivo Intrauterino (DIU) T Cu, DIU con levonorgestrel (LNG), Esterilización Masculina; evaluación de riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS): historia clínica y examen físico, para inserción de DIU T Cu, DIU LNG, en mujeres con mayor riesgo de ITS; y prueba laboratorio de ITS / VIH en mujeres con riesgo aumentado (probabilidad individual muy alta) de ITS⁶.

13.5.1.4 Métodos de Anticoncepción

Son métodos o procedimientos que evitan o previenen los embarazos en mujeres o parejas sexualmente activas. Existen disponibles diferentes tipos de anticonceptivos en el mundo, los cuales se diferencian en mecanismo de acción, principio activo, tiempo de duración, vía de administración, formas de uso, y eficacia. Los métodos anticonceptivos se dividen en hormonales, y no hormonales; entre los no hormonales se encuentran los reversibles, irreversibles, de barrera, amenorrea de lactancia y abstinencia periódica.

La eficacia de los métodos anticonceptivos se evalúa durante el uso perfecto o ideal, en donde los embarazos ocurridos durante el uso correcto y consistente del método son atribuibles a falla intrínseca del método, y el uso habitual o típico, que incluye todos los embarazos que se producen durante su uso y que se pueden atribuir al uso incorrecto, uso no sistemático, y fallas técnicas del método. Esta eficacia en general se expresa en el número de embarazos que se producen en 100 mujeres

⁵ Fuente: Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016, World Health Organization

⁶ ibid

durante un año de uso del método anticonceptivo. En la Tabla 1 se presenta la eficacia de los métodos anticonceptivos. Se consideran muy efectivos si la tasa es de 0-1; efectivos si la tasa es de 2 -9 y menos efectivos entre 10 y 30.

Tabla 1 Porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso de un método anticonceptivo.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	% de embarazos en el primer año (índice de Pearl)		% de mujeres que continúan usándolo un año después
	Uso habitual o típico	Uso perfecto	
DIU COBRE	0.8	0,6	78
Sistema Intrauterino con Levonorgestrel	0.1	0.1	81
Implantes progestágenos	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100
Progestágenos inyectables	3	0.3	56
Inyectable combinado	3	0.05	56
Anticonceptivos orales combinados	8	0.3	68
Anillo vaginal	8	0,3	68
Parche transdérmico	8	0,3	68
Condón Masculino	15	2	53
Condón Femenino	21	5	49
Diafragma (con espermicida)	16	6	57
Abstinencia Periódica	24	1-9	51
Coito interrumpido	27	4	43
Sin método	85	85	NA

0-1 Muy efectivo. 2-9 Efectivo. 10-30 Algo Efectivo

Fuente: Capítulo 4. Documentación del grupo de revisión bibliográfica. Protocolos de Anticoncepción. Sociedad Española de Contracepción.

La seguridad de los métodos anticonceptivos se basa en los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud y Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas

para el uso de anticonceptivos⁷ (Anexo 2) y adicionalmente los Criterios de Elegibilidad para uso de anticonceptivos del CDC de Atlanta⁸ (Anexo), proporcionan orientación para uso eficaz y seguro de los métodos.

El mejor método anticonceptivo será el que se elija después de una verdadera elección informada, por lo tanto, se debe garantizar que los usuarios y las usuarias, una vez hayan elegido el método que se ajusta a sus necesidades, entiendan adecuadamente su uso, conozcan en qué situaciones se considera se está haciendo un uso incorrecto y cuáles son las medidas para lograr la efectividad y la adherencia buscadas.

En relación con los criterios médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos anticonceptivos, la Organización Mundial de la Salud resumió en un documento final las recomendaciones principales para el adecuado uso de los Criterios Médicos de Elegibilidad en cuatro categorías (cuadro 1) del Grupo de Trabajo de la OMS reunido en Ginebra los días 21-24 de octubre de 2003 [1] y ratificado en actualización de 2015.

Cuadro 1. Categorías para Métodos temporales

- Categoría 1 Una condición para la que no hay ninguna restricción en el uso del método anticonceptivo
- Categoría 2 Una condición donde las ventajas de usar el método pesan más que los riesgos teóricos o probados
- Categoría 3 Una condición donde los riesgos teóricos o probados normalmente pesan más que las ventajas de usar el método
- Categoría 4 Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si el método anticonceptivo se usa

En el caso de métodos permanentes, ninguna condición médica descarta la opción de realizarse una vasectomía o una esterilización femenina. Algunas condiciones o afecciones pueden requerir que se aplase el procedimiento o que se efectúe con precaución bajo ciertas condiciones.

13.5.1.4.1 Anticonceptivos de solo progestágeno

La mayoría de las mujeres pueden usar con seguridad los anticonceptivos de sólo progestágeno, son altamente efectivos, reversibles, (tabla 1)

Mecanismo de acción: La mayoría Inhibición de la ovulación, modifican el moco del cuello del útero, que lo hace más espeso y el paso de los espermatozoides más difícil.

Inicio de Uso: Estos métodos se pueden iniciar dentro de los 7 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, y no necesita protección anticonceptiva adicional. Más de 7 días

⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1

⁸ https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart_spanish-web-508_tagged.pdf

puede administrarse si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino) durante los próximos 7 días.

Indicación: Tiene los mismos usos que los anticonceptivos orales combinados en mujer con ciclos menstruales o amenorrea diferente al post parto y post aborto.

En Post parto (lactancia materna)

- Menos de 6 semanas después del parto: Generalmente se puede insertar un implante (categoría MEC 2).
- De 6 semanas a 6 meses después del parto y amenorrea: Se puede insertar un implante. Si la mujer está amamantando completa o casi completamente, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
- Más de 6 semanas después del parto y los ciclos menstruales han regresado: El implante se puede insertar como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

En Postparto (no lactancia materna)

- Menos de 21 días después del parto: Se puede insertar un implante (categoría MEC 1). No se necesita protección anticonceptiva adicional. Es altamente improbable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días posparto.

13.5.1.4.2 Implantes de sólo progestágeno

La vía de administración del implante es subdérmico y el procedimiento de inserción y retiro debe ser realizado por profesionales de la salud de enfermería medicina o ginecología previa asesoría, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad de la OMS y CDC vigentes. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación. Los tipos de implantes disponibles son:

Implante Subdérmico de Etonorgestrel 68 mg. Periodo de vida útil 3 años

Implante Subdérmico de Levonorgestrel 75 mg. Periodo de vida útil 5 años.

13.5.1.4.3 Progestágeno inyectable de depósito

Se encuentra disponible en Colombia, el Acetato de Medroxiprogesterona de depósito de 150 mg para uso intra muscular; su vía de administración es intramuscular profunda, cada 3 meses y puede aplicarse hasta con 4 semanas de retraso para inyección repetida sin necesidad de protección anticonceptiva adicional: Si la mujer tiene más de 4 semanas de retraso para una inyección repetida de acetato de medroxiprogesterona, puede administrarse la inyección si se está razonablemente seguro de que no está embarazada. Tendrá que abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 7 días. A diferencia de los demás anticonceptivos

hormonales de sólo progestágeno, en las primeras 6 semanas post parto inmediato en mujer lactante la OMS lo considera categoría 3 pero en criterios de elegibilidad médica de anticonceptivos de CDC de Atlanta, está en categoría 2; el profesional de la salud, en razón a las condiciones de acceso a consulta de anticoncepción y entrega de método anticonceptivo post parto, deberá entregar este tipo de método, si considera que la usuaria está en riesgo de no iniciar método en el primer año post parto.. A las 6 semanas post parto a 6 meses post parto y amenorrea en mujer lactante se puede administrar la primera inyección de PID en cualquier momento y no se necesita protección anticonceptiva adicional. En mujer post parto no lactante menos de 21 días, se puede administrar la primera inyección y no necesita protección anticonceptiva adicional.

13.5.1.4.4 Píldoras de sólo progestágeno

Tienen mecanismo de acción, y usos similares a los implantes de sólo progestágeno; el inicio de uso en mujeres con ciclo menstruales es dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. Más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrua pueden iniciarse si es razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 2 días. Si falta tomar una píldora o más píldoras por más de 3 horas la mujer debe tomar 1 píldora tan pronto como sea posible y luego tomarlas diariamente a la misma hora cada día. También se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 2 días. Tal vez se deba considerar el uso de anticonceptivos de emergencia, si es apropiado.

13.5.1.4.5 Dispositivos intrauterinos

Son métodos reversibles de larga duración, altamente eficaces y costo-efectivos para todas las mujeres en edad fértil incluso en mujeres nulíparas y adolescentes (CME2). Existen disponibles en el mercado dos tipos de DIU: DIU Cobre (DIU-Cu) y DIU con levonorgestrel ó Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIL -LNG).

DIU T de Cobre (Tcu)

Es un método anticonceptivo reversible de alta eficacia, y seguridad, no depende de la usuaria, y no hay fallos por uso incorrecto (Tabla 1) Las tasas de expulsiones oscilan entre 2,4 y 8,2%⁹ Existen diferentes tipos de Dispositivos intrauterinos T Cu, el más usado en Colombia es el DIU T Cu380, que es el que tiene evidencia de mayor eficacia y más larga duración, de 10 hasta de 12 años.

⁹ Martínez M, Nvalon Z, Labrador R; protocolo de SEGO/SEC, Sociedad española de contracepción

Mecanismo de Acción: Los DIUs liberadores de cobre participan diversos mecanismos. Como cuerpo extraño produce reacción inflamatoria local, perceptible en el líquido y las paredes de la cavidad uterina, que está aumentada por la presencia del cobre, el cual alcanza concentraciones elevadas en fluidos intrauterinos y en todo el tracto genital femenino, lo cual ejerce una acción tóxica para los espermatozoides y oocitos, lo que afecta la función y viabilidad de los gametos. Su efecto demuestra una relación dosis-dependiente, a mayor carga de cobre mayor eficacia anticonceptiva durante más tiempo. El uso del DIU de cobre no altera la fertilidad de las mujeres. En el primer año después del retiro, 80 de 100 mujeres pueden embarazarse.

Indicación

La inserción del DIU puede hacerse en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo
- En el intervalo intergenésico
- En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia, se puede insertar un DIU-Cu dentro de las primeras 48 horas después del parto, incluso inmediatamente después de retirar la placenta y antes de cerrar el útero en caso de cesárea. Entre 48 horas y 4 semanas después del parto no es recomendable insertar un DIU-Cu (Categoría 3 CME). 4 o más semanas después del parto y amenorrea en mujer con lactancia, se puede insertar un DIU Cu si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional. Si la mujer no está en lactancia materna, se puede insertar un DIU-Cu si se puede determinar que la mujer no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- En el posaborto. Se puede insertar un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto en el primer trimestre, (Categoría 1 CME), en abortos de segundo trimestre generalmente se puede insertar un DIU de Cu. No debe insertarse inmediatamente después de un aborto séptico (Categoría 4 CME).

Inicio de Uso

En mujeres con ciclos menstruales, se puede insertar un DIU-Cu dentro de los 12 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, en la conveniencia de la mujer, no sólo durante la menstruación. Sin anticonceptivos adicionales. Más de 12 días desde el inicio del sangrado menstrual se puede insertar un DIU-Cu a conveniencia de la mujer si se está

razonablemente seguro de que no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Vía de Administración

El DIU T Cu, debe ser administrado en la cavidad uterina por profesionales de la medicina, enfermería o ginecología, previa asesoría en anticoncepción, anamnesis para establecer factores de riesgo, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. (Anexo 2 y 3) El examen físico, debe incluir palpación bimanual, visualización del cuello uterino con espéculo en condiciones de asepsia, inserción sin contacto (técnica de “no tocar”). (No permitir que el DIU toque una superficie no esterilizada). Explicar a la usuaria cada etapa del procedimiento, las molestias que puede presentar y enseñarle el DIU que se va a insertar. En mujeres asintomáticas, no se requiere detección de rutina de microorganismos en el tracto genital inferior previa a la inserción. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación. En casos de elevado riesgo de ITS, es recomendable esperar tener una prueba fiable que descarte la infección y si no se dispone de ella, tratar profilácticamente en poblaciones con alta prevalencia de ITS. El Embarazo y la sepsis puerperal son contraindicación absoluta (CME4) para la inserción de un DIU-Cu.

Extracción

El DIU-Cu, puede ser retirado en cualquier momento del ciclo, siempre que la mujer lo desee, realizar indagación de las razones, para resolver mitos infundados; se debe retirar en caso de infección pélvica que no responde al tratamiento antibiótico, perforación uterina, cáncer cervical, o de endometrio, expulsión parcial, sangrados excesivos que pongan en riesgo la salud de la mujer, o al terminar su periodo de vida útil. En caso de menopausia, se recomienda retirarlo un año después. Se debe advertir que el retorno a la fertilidad es inmediato, por lo que debe usar otro método anticonceptivo u otro DIU, en caso de no desear un embarazo.

Efectos Secundarios

En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse como: dolor pélvico durante el período menstrual, aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual que puede manejarse medicamente con antiinflamatorios no esteroideos.

Es importante informar a la usuaria que el DIU puede ser expulsado espontáneamente durante la menstruación, enseñar a revisar los hilos, y recomendar que acuda al servicio de salud si tiene los siguientes signos de alarma: Fiebre o escalofríos, dolor o sensibilidad pélvica, flujo vaginal purulento o sangrado vaginal anormal excesivo. Se debe recalcar la importancia de acudir a las consultas de control y el uso de condón para prevenir ITS.

Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel

El Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIL –LNG) método hormonal de sólo progestágeno. Disponibles en el mercado 2 presentaciones, una con 52 miligramos de levonorgestrel, que libera diariamente 20 microgramos y tiene duración de 5 años y una con 13.5 mg de levonorgestrel, que libera diariamente 20 microgramos y tiene una duración de 3 años. Altamente efectivo (Tabla 1) y reversible. Mecanismo de acción igual a los demás progestágenos. Tiene efectos benéficos adicionales debido a que la supresión endometrial disminuye el volumen y duración del sangrado menstrual. Entre el 25% y el 60% de las mujeres presentan amenorrea o sangrado rojo muy escaso algunos meses después de su inserción, lo que disminuye el riesgo de anemia por deficiencia de hierro. Su indicación de inicio en mujeres con ciclos menstruales es dentro de los 7 días posteriores al del sangrado menstrual a conveniencia de la mujer, no sólo durante el sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. Después de 7 días de inicio de sangrado menstrual, Se puede insertar un SIL-LNG a conveniencia de la mujer si se está razonablemente seguro de que no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 7 días. La vía de administración del SIL-LNG es igual a la recomendada para el DIU-Cu incluyendo las recomendaciones de inserción post parto inmediato, o post cesárea en mujer lactante o no lactante y post aborto. (Ver DIU-Cu) y se recupera la fertilidad tras su retiro de manera inmediata.

13.5.1.4.6 Anticonceptivos hormonales combinados

Se refieren a los productos anticonceptivos reversibles de corta duración, que contienen un estrógeno combinado con un progestágeno. Existen diferentes presentaciones y concentraciones así:

Anticonceptivos orales combinados (ACO)

Son los anticonceptivos que contienen un estrógeno y un progestágeno o progestina, en dosis variable, de acuerdo con los principios activos. Existen dos tipos de ACO, los monofásicos (son la mayoría), en los que el contenido de estrógeno y progestágeno es igual en todas las píldoras. Los más usados y evaluados, son los que contienen levonorgestrel 150 mcg y etinilestradiol 30mcg. Otros progestágenos usados además del

levonorgestrel como el linestrenol, desogestrel, gestodeno, norgestimato, acetato de cormadinona, drospirinona (moléculas no incluidas en el plan de beneficios actual), y etinilestradiol. En más bajas dosis, tienen menor evaluación y los multifásicos, contienen distintas concentraciones de los esteroides durante los 21 días de administración y no hay evidencia que sean mejores, o más seguros que los monofásicos y son en general de mayor costo.

Los ACO, en general son efectivos y depende del uso. (Tabla 1)

Mecanismo de acción

Protege contra el embarazo principalmente al inhibir la ovulación y ocasionar cambios en el moco cervical.

Entre los efectos benéficos descritos, se encuentra reducción importante del riesgo de cáncer de endometrio, y de ovario, del embarazo ectópico, reducción y regulación de sangrados uterinos, alivio de la dismenorrea y síntomas premenstruales; disminución de riesgo de presentar quistes de ovario funcionales entre otros.

Uso: Según criterios médicos de elegibilidad de la OMS y CDC de Atlanta. (Anexos)

- Antes del primer embarazo.
- En el periodo intergenésico.
- En postaborto inmediato. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- En posparto o pos cesárea en mujer lactante, se pueden iniciar anticonceptivos hormonales orales combinados 6 meses después del parto.
- En post parto o post cesárea en mujer No lactante, se pueden usar anticonceptivos orales combinados 21 días o más después del parto, en el caso de las mujeres sin otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso.

Uso de los ACO

La mujer debe tomar la píldora vía oral, de preferencia a la misma hora todos los días, durante 21 días y comenzar un nuevo blíster 7 días después, periodo en el cual generalmente presentará sangrado uterino. Las presentaciones de 28 píldoras, 7 son placebo, y permiten la ingesta continua, lo que disminuye la posibilidad de olvido o retraso en el inicio de nuevo envase. Es importante que se dispense al menos 3 meses continuos de protección anticonceptiva, para que se no se postergue el inicio de nueva caja, se genere adherencia al método y se disminuya el riesgo de embarazo.

Inicio del método

Dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No necesita ninguna protección anticonceptiva adicional. Más de 5 días, desde el inicio del sangrado menstrual, se puede iniciar si se está razonablemente seguro de que no está embarazada, se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino o anticoncepción de emergencia) durante los próximos 7 días.

Efectos Adversos Menores

Algunas mujeres pueden presentar cefalea, náuseas, vómitos, mareo, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico y tensión premenstrual. Puede presentarse cloasma, manchado intermenstrual, irritabilidad, disminución de la libido y ánimo depresivo.

Efectos Adversos Severos

Enfermedades del sistema circulatorio: De muy rara presentación en mujeres jóvenes. En mujeres mayores de 40 años, el uso de ACO tiene asociación con mayor riesgo de enfermedades del sistema circulatorio, cuando se suman otros factores de riesgo, como hipertensión y uso de cigarrillo. (Anexo 2 y 3)

Cáncer de Mama: Las usuarias de ACO con 30 o más mcg de etinilestradiol tienen un riesgo bajo pero estadísticamente significativo de aumento de riesgo de cáncer de mama (RR 1,2), que disminuye paulatinamente al suspender el uso.

[Anticonceptivos Inyectables combinados \(AIC\)](#)

Anticonceptivos que contienen una combinación de un estrógeno y un progestágeno. En Colombia se encuentran disponibles dos presentaciones: Acetofenido dihidroprogesterona y enantato de estradiol (Perlutal, Synovular) acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol (Cyclofem, Femelin o Novafem) y enantato de noretisterona y valeraniato de estradiol (Mesigyna, Nofertyl)

El mecanismo de acción, indicación, efectividad y efectos adversos es similar a los anticonceptivos orales combinados excepto el Sandro menstrual, que suele ser más irregular.

Inicio del Método

Dentro de los 7 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, y no necesita protección anticonceptiva adicional. Más de 7 días puede administrarse si se está razonablemente

seguro que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino) durante los próximos 7 días.

Vía de Administración: Intramuscular profunda, con intervalos de cada cuatro semanas. El sangrado ocurre alrededor de 15 días después de la primera inyección. Se debe informar a la mujer que la fecha del sangrado no determina la fecha de la nueva inyección sino la fecha de la administración.

[Parche anticonceptivo combinado](#)

Sistema anticonceptivo transdérmico, libera 20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromin al día, El mecanismo de acción, indicación, inicio del método, efectividad y efectos secundarios es similar a los anticonceptivos orales combinados.

La vía de administración es dérmica. Debe aplicarse en piel sana, intacta, limpia seca y sin vello, (glúteos, abdomen, porción superior externa del brazo o en la parte superior del torso). En un lugar que no roce la ropa apretada. Se coloca un parche semanal por 3 semanas, seguidas de 1 semana sin parche, en un lugar diferente, con las mismas indicaciones de uso que los anticonceptivos orales combinados.

[Anillo vaginal combinado](#)

Es un anillo flexible, que libera 15 mcg de etinil estradiol y 120 mcg de etonorgestrel al día. El mecanismo de acción, indicación, inicio del método, efectividad y efectos secundarios es similar a los anticonceptivos orales combinados, este método es el que contiene menor dosis de estrógenos y mejor control del ciclo menstrual.

La vía de administración es vaginal (doblar el anillo entre los dedos e introducir profundamente en la vagina). Se debe colocar un anillo para tres semanas de uso continuo, se debe retirar durante 7 días y se introduce nuevamente.

[Anticoncepción de emergencia](#)

La anticoncepción de emergencia (AE), o anticoncepción postcoital, son métodos de anticoncepción que pueden usarse para prevenir el embarazo en los primeros 5 días después del coito. Están diseñados para el uso de emergencia después de relaciones sexuales voluntarias sin uso de método anticonceptivo, fracaso o uso indebido de anticonceptivos (como píldoras olvidadas, ruptura o deslizamiento de condón, expulsión de DIU, relaciones sexuales en periodo fértil, falla del retiro), violación o sexo forzado.

Existen disponibles 4 métodos anticonceptivos de emergencia: el dispositivo intrauterino de cobre (Cu-DIU) para AE y tres tipos diferentes de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): acetato de ulipristal, levonorgestrel y combinadas de estrógeno-progestágeno. Cualquiera de las cuatro opciones, son seguras de usar para la mayoría de las mujeres (Anexo 2 y 3). La efectividad de cada método varía de acuerdo con las circunstancias individuales, incluyendo el tipo de AE elegido, el día del ciclo menstrual y el tiempo transcurrido entre la relación sexual sin protección y el inicio de las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE). Cuando las PAE se usan dentro de las 120 horas la tasa estimada de embarazos es de 1,1% a 1,3% para levonorgestrel y alrededor de 3,2% es decir previene alrededor del 85% de los embarazos estimados. Además, la eficacia de las PAE puede reducirse con actos adicionales de coito sin protección en el mismo ciclo, el uso de otros medicamentos (por ejemplo, los inductores enzimáticos del citocromo P450 3A4 [CYP 3A4]) y un mayor peso corporal o índice de masa corporal (IMC) >7). Idealmente los tres tipos de PAE deben tomarse tan pronto como sea posible después del coito sin protección, dentro de las 120 horas. Son más efectivas en las primeras 72 horas, siguen siendo eficaces hasta las 120 horas, pero su eficacia va disminuyendo con el tiempo. Las más efectivas son las de acetato de ulipristal, seguidas de las de Levonorgestrel y finalmente las menos eficaces las combinadas.

El suministro de la Anticoncepción de Emergencia debe ser acompañado de una asesoría en anticoncepción de calidad para promover el uso correcto y consistente de un método regular, ajustado a las necesidades de la usuaria y debe estar disponible para entregar a todas las mujeres en edad fértil sexualmente activas tan pronto como sea posible después de relaciones sexuales sin protección. Después del uso de las PAE de levonogestrel y combinadas, se puede iniciar cualquier método anticonceptivo inmediatamente incluyendo el DIU-Cu. Si regresa después se puede iniciar cualquier método de acuerdo con sus indicaciones de uso, si se está razonablemente seguro que la mujer no está embarazada y realizar prueba de embarazo si no se produce sangrado durante las 3 semanas siguientes. Aunque el uso repetido no es aconsejable porque las PAE son menos efectivas que los métodos anticonceptivos de uso regular, por criterios médicos de elegibilidad no existen razones que impidan usarla nuevamente (tabla 2)

Los DIU de cobre (Cu-DIU) para la AE: El Cu-DIU es un método AE efectivo que reduce el riesgo de embarazo en más del 99% si se inserta dentro de las 120 horas posteriores al coito, después de relaciones sexuales sin protección.

Píldoras anticonceptivas de emergencia de Levonorgestrel: Se recomienda dosis única 1,50 mg (dos comprimidos de 0,75 mg o uno de 1,50) Causa menos náuseas y vómitos que las PAE combinadas.

Acetato de Ulipristal: Se recomienda dosis única 1 tableta de 30mg. El acetato de Ulipristal, puede ser más efectivo que las otras opciones entre las 72 horas y 120 horas después de la relación sexual sin protección. Causa menos náuseas y vómitos que las PAE combinadas. En caso de vómito dentro de las primeras 3 horas después de tomar la dosis de Ulipristal se recomienda tomar otra dosis tan pronto sea posible. Después de administrar acetato de ulipristal la mujer puede iniciar cualquier método que contenga progestágeno al sexto día después de tomar el ulipristal.

Píldoras anticonceptivas combinadas de estrógeno-progestágeno: Se recomienda dosis dividida de 100 microgramos de etinilestradiol + 0,50 mg de levonorgestrel cada 12 horas.

13.5.1.4.7 Condón Masculino y Femenino

El condón masculino de látex es efectivo como método de doble protección para la prevención de embarazos y de ITS/VIH/SIDA si se usa de manera continua, correcta y consistente. Su efectividad para prevenir embarazos no planeados si se realiza un uso perfecto es de 98%, y con el uso habitual disminuye la efectividad al 82% es decir tasa de falla de 18%. Está contraindicado en personas alérgicas al látex. El condón masculino de látex debe recomendarse y proveerse, como evento POS o POS-S y con cargo a los recursos UPC o UPC-S, para prevenir embarazos y la transmisión de ITS/VIH/SIDA en las siguientes situaciones:

- ✓ Hombres y mujeres en edad fértil sexualmente activos de manera individual o en pareja, para prevenir embarazos no planeados.
- ✓ Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA al menos en uno de sus miembros;
- ✓ Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de Hepatitis B o Hepatitis C al menos en uno de sus miembros;
- ✓ Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de hepatitis c
- ✓ al menos en uno de sus miembros;
- ✓ Parejas sexualmente activas a quienes se haga diagnóstico y se inicie tratamiento de ITS.

La consulta de asesoría debe ser realizada, con criterios de respeto, privacidad e igualdad, por un médico(a) o enfermero(a) debidamente capacitados en el uso del método y en el diagnóstico y prevención de las ITS/VIH/SIDA. Se suministrarán 15 unidades por mes, por periodos mínimos de 3 meses, por el personal asignado por las IPS para tal efecto y estar disponible en toda la red prestadora de servicios (atención primaria y servicios complementarios)

Los condones femeninos son efectivos y seguros, pero no son utilizados tan ampliamente por los programas nacionales como los condones masculinos, no obstante, se debe hacer uso adecuado del mismo.¹⁰

Las condiciones de calidad, adquisición, manufactura, y almacenamiento están descritas en el Manual para la adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia.¹¹

13.5.1.4.8 Métodos de días Estándar:

El Método de Días Estándar (MDE) es un método basado en el conocimiento de la fertilidad (FAB). Los métodos FAB, que también incluyen el Método de Ovulación, el Método de Dos Días y el método sintotérmico, pueden usarse en combinación con métodos de abstinencia o barrera durante el tiempo fértil. Específicamente, con SDM, una mujer con un ciclo regular de 26-32 días de duración debe evitar relaciones sexuales sin protección en los días de ciclo 8-19. Para detalles de todos los métodos FAB.

Las mujeres con condiciones que hacen que el embarazo sea un riesgo inaceptable deben ser advertidas de que la MDE para la prevención del embarazo puede no ser apropiada para ellos debido a las tasas relativamente más altas de fracaso de uso típico. Para ayudar a determinar si las mujeres con ciertas condiciones o características médicas pueden usar con seguridad:

- Iniciación de MDE
- Provisión inicial de MDE para mujeres cuyos ciclos menstruales están dentro del rango de 26-32 días se debe proveer otro método anticonceptivo para la protección en los días 8-19 si la mujer lo desea. Dar suministros por adelantado.
- Los usuarios de MDE que tienen relaciones sexuales sin protección entre los días 8-19, debe considerarse el uso de anticonceptivos de emergencia, si es apropiado.
- El uso de MDE en mujeres que tienen dos o más ciclos fuera del rango de 26-32 días, dentro de un año de uso debe advertirse a la mujer que el método puede no ser apropiado para ella debido a un mayor riesgo de embarazo y recomendar otro método.
- La probabilidad de embarazo aumenta cuando el ciclo menstrual está fuera del intervalo de 26 a 32 días, incluso si se evita el coito sin protección entre los días 8-19.

13.5.1.4.9 Método de amenorrea por Lactancia Materna

Es un método anticonceptivo usado en los primeros 6 meses de pos parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva, y en amenorrea. Es el único método considerado natural porque en el pos parto, durante el período de lactancia, la mujer tiene en forma

¹⁰ <https://docs.google.com/file/d/0BwBWN8qWcbwFdGFBaVRkU1EtNnc/edit>

¹¹ <http://bit.ly/2afM8hF>

natural un período de infertilidad que puede durar entre 2 meses y 2 años o más. Siempre y cuando se garantice las siguientes condiciones: Amamantar exclusivamente o casi exclusivamente; estar en amenorrea, y edad del hijo hasta 6 meses de edad. En estas condiciones la tasa de fallas es de 2 embarazos por cada 100 mujeres.

13.5.1.4.10 Retiro (coito interrumpido)

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos. Esto se realiza con el fin de impedir que el espermatozoide entre en la vagina. La efectividad de este método si usa de manera perfecta es del 96%, (de forma correcta y sostenida), con el uso típico la efectividad es de 73% (Trussell, 2009). El retiro o coito interrumpido, es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina y adicionalmente se pueden encontrar espermatozoides en el líquido pre eyaculatorio. No protege de ITS VIH

13.5.1.4.11 Métodos Permanentes Quirúrgicos

El acceso a procedimientos de esterilización quirúrgica femenina y masculina, deben estar disponibles sin barreras de acceso, oportunos, sin que medie autorización, gratuitos, para hombres y mujeres mayores de 18 años, afiliados o no al sistema general de seguridad social en salud, en cumplimiento de la ley 1412/2010.

Esterilización quirúrgica masculina

Técnica realizada por médico(a) debidamente entrenado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración del usuario y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben entregar instrucciones postoperatorias y proporcionar métodos de barrera durante los primeros tres meses post-procedimiento, por ser el tiempo requerido para que el recuento espermático sea negativo. El usuario reciba información y consejería clara y apropiada. Debe firmarse el consentimiento informado (artículo 15, Ley 23 de 1981 del Código de Ética Médica).

El/la profesional de medicina que realice la vasectomía sin bisturí deben estar capacitados y poseer el entrenamiento adecuado, debidamente certificado y haber efectuado bajo supervisión un número suficiente de casos que le permitan realizarla sin dificultad. De 3 a 5 días después de la cirugía y si no presenta dolor, podrá reanudar sus actividades normales y tener relaciones sexuales, utilizando un método anticonceptivo temporal por 12 semanas, hasta que se demuestre azoospermia en el recuento espermático, el cual debe realizarse a los 3 meses. Uso típico 0.5, uso perfecto 0.5% uso continuo 100%.

Esterilización quirúrgica femenina

Técnica realizada por médico(a) debidamente entrenado, previa Consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad.

El procedimiento se puede realizar en intervalo primeros 7 días del ciclo menstrual, postaborto, posparto o intra-cesárea. Puede ser por laparoscopia o mini laparotomía, en esta siempre deben utilizarse materiales de sutura absorbibles.

Es preciso entregar instrucciones posoperatorias, se recomendará evitar actividad sexual en primera semana post operatoria, e informar a la usuaria que la cirugía no protege contra las Infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección. Uso típico 0.5, uso perfecto 0.5% uso continuo 100%. (Tabla 1).

13.5.1.5 Plan de cuidado integral

13.5.1.5.1 Aplicación de Criterios de elegibilidad

Una vez realizada la elección informada del método, se procederá a la aplicación de los criterios de elegibilidad de la OMS y/o CDC (vigentes) para verificar la elección del método, por parte de la usuaria. Se requiere el diligenciamiento completo de la historia de anticoncepción y el consentimiento informado según protocolo de la institución (Se debe registrar en la historia clínica, la evaluación de criterios médicos de elegibilidad) (Anexo)

Descartar que la mujer está en gestación: Para identificar la posibilidad de embarazo en la usuaria que está solicitando un método anticonceptivo proceda a indagar, teniendo en cuenta los criterios señalados a continuación en la “*Guía para evaluar si una mujer está o no en embarazo*” (ver tabla N°2):

Tabla N°2: Guía para evaluar si una mujer está o no en embarazo

Criterios
1. No ha tenido relaciones sexuales desde la última Menstruación normal
2. Ha utilizado correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable.
3. Está dentro de los primeros 7 días después de la

menstruación.
4. Está dentro de las primeras 4 semanas post parto (mujeres no lactantes)
5. Está dentro de los primeros 7 días después del aborto o aborto espontáneo.
6. Está amamantando total o casi completamente, está en periodo de amenorrea, y menos de seis meses post parto

Fuente: Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016, World Health Organization

Si la usuaria tiene por lo menos uno de los criterios mencionados en la tabla N°2 y está libre de signos o síntomas de embarazo, suministre el método seleccionado en cualquier momento del ciclo menstrual. Y si no se puede descartar el embarazo, se recomienda esperar su menstruación o hacer prueba de embarazo. *(En caso de requerir prueba de embarazo, se recomienda la práctica de prueba rápida de manera inmediata, la cual debe estar disponible en el consultorio).*

13.5.1.5.2 Entrega y/o aplicación del método anticonceptivo

La entrega del método anticonceptivo se debe hacer dentro de la consulta sin importar el momento del ciclo menstrual en el que se encuentre la usuaria, con base en los parámetros técnicos establecido para el manejo de anticonceptivos y estar disponibles en toda la Red Prestadora de Servicios (atención Primaria y Servicios Complementarios). ***En el caso de adolescentes es deseable que el suministro no requiera su trámite en farmacia de manera que se garantice la confidencialidad.***

“Todos los métodos deben estar disponibles en la consulta y en todos los niveles de atención”

13.5.1.5.2.1 Educación en signos de alarma efectos secundarios y doble protección

Luego de entregar o iniciar el método anticonceptivo, se debe educar como mínimo en los aspectos que a continuación son señalados:

- Signos de alarma frente al uso del método.
- Manejo en casa de posibles efectos secundarios.
- Recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, es necesario el uso de condón toda relación sexual penetrativa como mecanismo de doble protección.
- Uso de anticoncepción de emergencia si se presenta uno de los siguientes casos:

- 1) Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo, especialmente en el período fértil.
 - 2) Uso incorrecto de un método anticonceptivo.
 - 3) Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino.
 - 4) Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino,
 - 5) Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
 - 6) Olvido de una o varias tabletas anticonceptivas
 - 7) En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.
- e. Dar cita de control de acuerdo al método elegido (ver Tabla N°3) y orientar a la usuaria que puede consultar antes si se presentan efectos secundarios o algún inconveniente.

Tabla N° 3: Periodicidad de los controles según método anticonceptivo

METODO	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia	A los tres meses posparto
Hormonales	A los tres meses y luego cada año
Implante Sub dérmico	Al mes, a los tres meses y luego cada año
DIU de Intervalo	Al mes, seis meses y luego cada año
DIU Intracésárea o Postparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año
DIU Posaborto:	Al mes, tres meses y luego cada año
Esterilización quirúrgica masculina: (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses con recuento espermático. Posteriormente cada año por 2 años,
Esterilización quirúrgica femenina	A la semana postquirúrgico y al año
Nota: Se recomiendan estos intervalos, pero las visitas de control podrán realizarse según la usuaria y/o el profesional de salud lo estime conveniente, y en esta se debe hacerse una valoración de la satisfacción con el método, efectos secundarios y su manejo.	

Fuente: Criterios de Elegibilidad OMS 2015 y Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016, World Health Organization

13.5.1.5.2.1.1 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de planificación familiar y anticoncepción de primera vez por profesional de Enfermería, Medicina o Ginecología, se debe contar con: historia clínica de anticoncepción, Consentimiento informado para cada método según protocolo de la institución.

Materiales e insumos: Todos los métodos anticonceptivos deben estar disponibles en el momento de la consulta, Pruebas rápidas de embarazo, condón masculino y femenino, Modelos para uso de condón masculino y femenino y rotafolio de asesoría individual en SSR. y métodos anticonceptivos de muestra, para el conocimiento de la usuaria (condones masculinos y femeninos, Dispositivo Intrauterino, Anticonceptivo Oral Combinado, Anticonceptivos Inyectable Mensual, Anticonceptivo inyectable Trimestral, Anticonceptivos de Emergencia, implante subdérmico).

13.5.1.5.2.2 Consulta de Control de Anticoncepción

El objetivo de esta atención es hacer seguimiento a mujeres, hombres y sus parejas que están usando algún método de anticoncepción, con el fin de identificar efectos secundarios, adherencia al método, reforzar señales de alarma y hacer provisión efectiva del método anticonceptivo, para dar continuidad al proceso de anticoncepción, Valorar satisfacción de la usuaria con el método.

Presencia de efectos secundarios y su manejo en casa.

Reforzar la identificación de signos de alarma frente al uso del método.

Recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, y reiterar la necesidad del uso de condón en toda relación sexual penetrativa como mecanismo de doble protección.

Informar y educar sobre el uso correcto de la anticoncepción de emergencia si se presenta uno de los siguientes casos:

Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo, especialmente en el período fértil.

Uso incorrecto de un método anticonceptivo.

Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino, si no se está utilizando un método anticonceptivo.

Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino, si no se está utilizando un método anticonceptivo.

Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino

Los controles se deben desarrollar según el método elegido por la usuaria como se registra a continuación (ver Tabla N°3)

Tabla N° 3: Periodicidad de los controles según método anticonceptivo
Anticonceptivo

MÉTODOMETODO	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia	A los tres meses posparto
Hormonales	A los tres meses y luego cada año
Implante Subdérmico	Al mes, a los tres meses y luego cada año
DIU de Intervalo	Al mes, seis meses y luego cada año
DIU Intracésárea o Posparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año
DIU Posaborto:	Al mes, tres meses y luego cada año
Esterilización quirúrgica masculina: (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses con recuento espermático. Posteriormente cada año por 2 años,
Esterilización quirúrgica femenina	A la semana postquirúrgico y al año
Nota: Se recomiendan estos intervalos, pero las visitas de control podrán realizarse según la usuaria y/o el profesional de salud lo estime conveniente, y en esta se debe hacerse una valoración de la satisfacción con el método, efectos secundarios y su manejo.	

Fuente: Elaboración propia a partir de Criterios de elegibilidad OMS 2015 5th revision, Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016, World Health Organization

Indicar periodicidad a tener en cuenta para continuar con la entrega del método anticonceptivo (ver Tabla N° 4).

Tabla N° 4: Periodicidad en la provisión de métodos que requieren entrega periódica para cada usuaria

METODO	PERIODICIDAD	RECOMENDACIONES
Anovulatorios orales e Inyectables mensuales	Provisión cada tres meses (para tres ciclos)	Verificar adherencia y efectos secundarios
Inyectable trimestral	Provisión cada seis meses (dos dosis)	Verificar adherencia y efectos secundarios
Condomes	Según necesidades de la usuaria.	Se sugiere 15 condones al mes, si la frecuencia de relaciones sexuales es mayor, aconsejar un método adicional de respaldo.

Fuente: Elaboración propia a partir de recomendaciones Criterios de elegibilidad OMS 2015 5th revision, Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016, World Health Organization

- Brindar orientaciones generales acerca de los próximos controles y corroborar que la información brindada a la usuaria queda plenamente clara, así mismo indicar fecha del próximo control.

Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de anticoncepción, se debe contar con: historia clínica de la paciente incluida la anticoncepción, el Consentimiento informado firmado y archivado en la historia clínica según protocolo de la institución.

Materiales e insumos: Todos los métodos anticonceptivos deben estar disponibles en el momento de la consulta de control, Pruebas rápidas de embarazo, Condón masculino y femenino, Modelos para uso de condón masculino y femenino, Rotafolio de SSR, rotafolio de asesoría y prueba voluntaria de VIH. Al igual métodos anticonceptivos educación y reforzamiento en el método que está utilizando a la usuaria (Preservativos, Dispositivo Intrauterino, Anticonceptivo Oral Combinado, Anticonceptivos Inyectable Mensual, Anticonceptivo inyectable Trimestral, Anticonceptivos de Emergencia, Implante subdérmico).

Para la aplicación de algunos métodos como los Implantes subdérmicos, DIUs y esterilización quirúrgica masculina y femenina se requieren el consentimiento informado por escrito por parte de la mujer.

14. FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN POLVO

14.1 Objetivos

Realizar fortificación con micronutrientes en polvo en niños y niñas de 6 a 23 meses de edad con el fin de prevenir y reducir la anemia nutricional.

14.2 Población sujeto

Niños y niñas de 6 a 23 meses de edad

14.3 Atenciones incluidas

Fortificación con micronutrientes en polvo para todos los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad.

14.4 Descripción del procedimiento

La fortificación con micronutrientes en polvo consiste en agregar a los alimentos sólidos o semisólidos tales como: purés de frutas, papa o verduras, arroz, pasta, carne, frijoles preparados en casa, a manera de complemento, vitaminas y minerales contenidos en un sobre individual de 1 gramo en forma de polvo. El contenido del sobre debe mezclarse con las comidas ya servidas en el plato del niño o la niña, listos para su consumo.

a) Dosis y frecuencia de entrega de los Micronutrientes en Polvo

Cada esquema de fortificación representa que a cada niño y niña se le debe suministrar un sobre al día durante 60 días continuos, incluyendo los festivos y fines de semana. Después de finalizado el esquema, se deja un receso de por lo menos 4 meses y luego el niño o niña vuelve a recibir la fortificación por 60 días continuos; es decir, en un año el niño o niña debe recibir y consumir 120 sobres en total. La frecuencia de administración será a los 6, 12, 18 y 23 meses de edad.

Dado que la presentación es en polvo empacado en sobres individuales de 1 gramo, no se generan riesgos por consumo excesivo, siendo un producto seguro para los niños y las niñas. Difícilmente se generarían intoxicaciones lo cual sucedería únicamente si se consumen cantidades superiores a 20 sobres por día.

b) Uso de los Micronutrientes en Polvo

Dada su presentación en polvo y en sobres individuales son de fácil y práctico manejo. Sin embargo, se sugiere recomendar a las madres y/o cuidadores los siguientes pasos para su uso:

- Lavarse muy bien las manos con agua y jabón antes de abrir el sobre con los micronutrientes.
- Preparar y servir los alimentos para el niño o niña, como habitualmente lo realiza. Cerciórese que el alimento se encuentra a la temperatura que usualmente lo consumen.
- Cortar o rasgar una esquina superior del sobre y verter todo el contenido a una porción del alimento de consistencia sólida o semisólida (purés de frutas, papa o verduras, arroz, pasta, carne, frijoles, etc.) la que más le guste al niño o niña y asegurarse de que ésta sea la que primero se come para garantizar el consumo completo del micronutriente.
- Ofrecer al niño o niña el contenido de un sobre por día en cualquiera de las comidas. Es importante no suministrar más de un sobre por día, dado que es la cantidad necesaria de minerales y vitaminas que requiere un niño o niña.
- No compartir el contenido del sobre de micronutrientes en polvo con otros miembros de la familia. Tampoco se debe compartir la comida en la que se han mezclado, pues si se hace no se logra el objetivo propuesto.

c) Consejos para el uso de los Micronutrientes en Polvo

- Los micronutrientes ayudan a prevenir y tratar la anemia y otras deficiencias de micronutrientes. Sin embargo, se deben acompañar siempre de las atenciones definidas para la primera infancia tales como: desparasitación, vacunación, valoración nutricional, salud oral, entre otras.
- Los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad deben continuar la lactancia materna acompañada de la alimentación complementaria adecuada para la edad.
- Los niños y niñas deben recibir diariamente una alimentación completa que incluya alimentos de todos los grupos y que permita fomentar hábitos alimentarios saludables.
- Nunca deberán agregarse durante la preparación y cocción, ni cuando los alimentos estén muy calientes (la comida puede volverse de color oscuro y toma sabor metálico).
- Evitar agregarse a alimentos líquidos o bebidas (jugos, agua, leche, etc.), ya que no logra disolverse adecuadamente y el micronutriente quedará adherido a las paredes del recipiente sin que sea consumido por el niño o niña.

d) Criterios de Exclusión

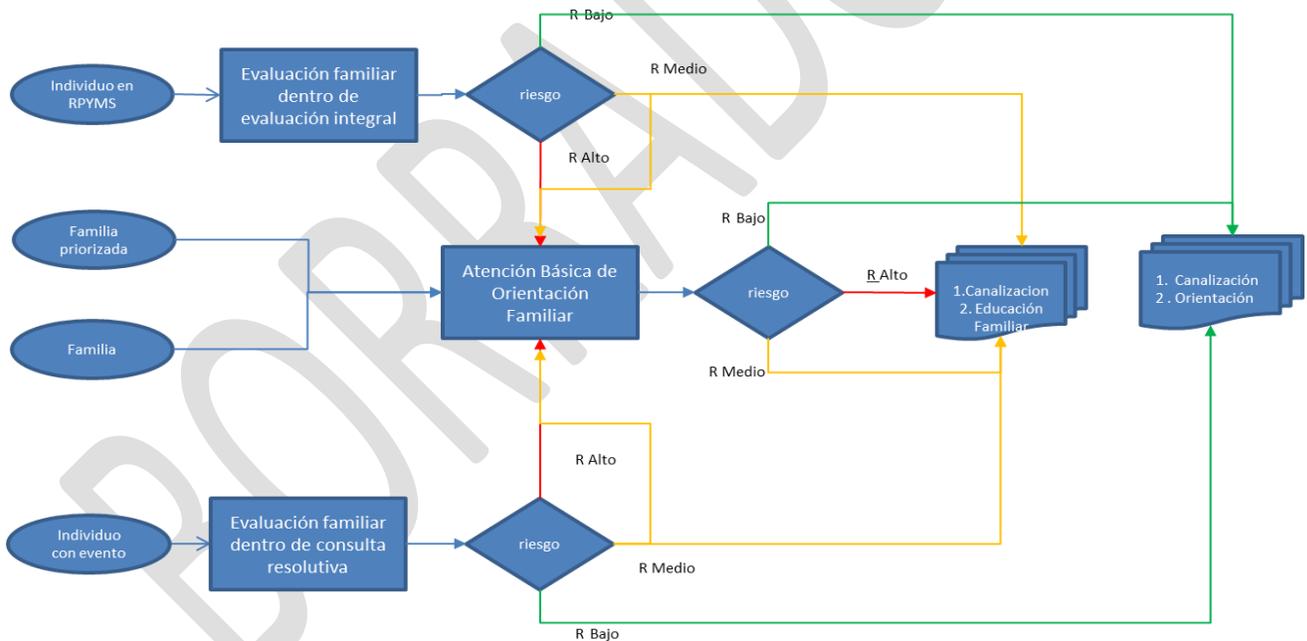
- Niños y niñas menores de 6 meses de edad y mayores de 23 meses de edad.
- Niños y niñas que estén recibiendo actualmente suplementos de micronutrientes.

- Niños y niñas que estén recibiendo tratamiento antimalárico. En caso de estar recibiendo este tratamiento, se recomienda terminarlo e iniciar el suministro de micronutrientes una semana después.
- Niños y niñas que presenten algún proceso infeccioso, en cuyo caso deberá recibir el tratamiento para este y luego iniciar el consumo de micronutriente.

15. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA FAMILIA

Las intervenciones familiares en el marco de las RIAS buscan el desarrollo de capacidades de las familias¹², asumidas como sujeto de derechos y fin en sí mismas. A continuación se presenta el diagrama de flujo de las intervenciones con cargo a la UPC de responsabilidad de la EPS

- Atenciones en salud a las familias



Elaboración propia. Diagrama de flujo atención familiar. MSPS. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo Gestión y Grupo Curso de Vida.

¹² Se reconoce a las “familias”, configuradas por vínculos afectivos y no únicamente por vínculos de consanguinidad, que constituyen relaciones de soporte y apoyo en el curso de la vida, y la constituyen como organizaciones y sistemas vivos, donde se promueve cuidado y se vive el proceso de desarrollo de sus miembros y de sí misma. En este sentido, las familias se conciben también con capacidad de agencia y transformación que tienen posibilidad y desarrollo de autonomía, libertad y responsabilidad en los procesos que les atañen. Y son relevantes en su reconocimiento las relaciones parentales y de cuidado como soporte fundamental en el desarrollo de sus integrantes y de sí misma.

La Atención Integral en salud a las familias, implica dinamizar, actualizar y gestionar o garantizar procesos de acompañamiento y continuidad. Cabe señalar que, en el marco de la integralidad de la atención, la garantía de continuidad implica además de las acciones promocionales, la conexión y remisión, según el caso, con procesos resolutivos y acompañamiento permanente según situación.

La familia como sujeto de derecho y sujeto centro de la atención en salud¹³, recibirá atenciones que permitirán reconocer tanto capacidades y factores protectores que definan su acompañamiento y apoyo¹⁴, y también la identificación del riesgo de sus condiciones y situación familiar¹⁵, en principio realizada desde la identificación de características poblacionales de las familias que hace la Entidad Territorial¹⁶ (dentro de la caracterización propia de la entidad territorial o a través del PIC cuando se cumplan las condiciones establecidas en la resolución 518 de 2015) o como producto de la valoración familiar realizada por el prestador de servicios de cada EPS dentro de la valoración integral individual y de la familia misma.

La valoración de la salud familiar, se considera a partir de la aplicación de los instrumentos establecidos para tal fin, como el APGAR Familiar, el familograma y el ecomapa. Considerando de manera privilegiada los resultados del APGAR familiar como orientador básico de la percepción de satisfacción del funcionamiento familiar, y por ende un indicador de potencial riesgo.

De este modo en el marco de la salud familiar y la atención integral en salud:

- Las familias serán valoradas a partir de la valoración integral de sus integrantes por momento de curso de vida.
- Las familias en general, podrán recibir “atención básica de orientación familiar” por demanda espontánea” que incluye la valoración integral.
- Las familias en riesgo bajo recibirán información de acuerdo a la valoración realizada y si es pertinente la canalización a servicios sociales.
- Las familias en riesgo medio y alto serán direccionadas a actividades educativas, a la atención básica de orientación familiar, a atenciones de las rutas específicas, y canalizadas a servicios sociales y sanitarios, si resulta pertinente.
- En todos los casos, es importante la coordinación y complementariedad entre los actores con las acciones y competencias propias del sector según nivel.

¹³ Las familias constituyen sujeto de atención integral en salud, junto con las personas y comunidades como se plantea en coherencia con la legislación vigente, la Política sectorial y el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS-.

¹⁴ La atención integral en salud a las familias, se debe apoyar desde estos lineamientos y en alineaciones con la Política de Apoyo y Fortalecimiento a las familias, así como los demás lineamientos y orientaciones técnicas vigentes, expedidas por el Ministerio en tal sentido.

¹⁵ Apoyado en la aplicación del APGAR familiar que permite identificar percepción de disfuncionalidad familiar.

¹⁶ Considerando el análisis situacional, los procesos de caracterización poblacional y recurriendo a fuentes secundarias (sectoriales e intersectoriales) o procesos de caracterización definidos según las prioridades de su plan territorial en salud.

Es necesario anotar respecto a esta atención integral en salud a las familias, que siempre debe ser un proceso informado y concertado, considerando la decisión y compromiso de las familias en su proceso de fortalecimiento y mejora de la salud familiar en un marco promocional. En este reconocimiento como sujeto de derechos, la familia decide con quien hace el proceso, pudiendo ser direccionada hacia aquel asegurador que tenga afiliada al mayor número de los integrantes de la familia. Siendo en todo caso de obligatorio cumplimiento el que todos los aseguradores oferten brinden todas las atenciones a la familia establecidas.

- **Descripción de las intervenciones**

De acuerdo a lo anterior, los procedimientos dirigidos a la familia son:

➤ **Valoración del componente familiar en el marco de la valoración integral a las personas por momento de curso de vida**

➤ **Objetivos**

- a. Identificar potencialidades y recursos, factores protectores y de riesgo o vulnerabilidad que ameriten acciones en salud familiar, ampliando la información sobre la situación de las familias en alineación y complemento con la caracterización territorial y el plan territorial en salud.
- b. Identificar condiciones de la situación familiar que requieren ser priorizadas de acuerdo con las características generales de estructura, curso de vida (o momento de desarrollo de la familia) y dinámica relacional, así como su contexto social y redes de apoyo.
- c. Realizar actividades de información en Salud e Identificar el acceso de las familias y sus integrantes a los servicios contemplados en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, para su respectiva canalización a valoración integral, consulta de orientación a la familia, educación en salud a la familia o a servicios sociales o de otros sectores o a atención resolutive.
- d. Integrar las prioridades e atención familiar acordadas para el plan integral de cuidado de la salud.

➤ **Población sujeto**

Esta atención será realizada a:

- Familias derivadas de la priorización realizada por el ente territorial a través de la EPS en condiciones de vulnerabilidad.
- Familias priorizadas mediante caracterización territorial que tengan evaluación de riesgo clasificado como medio o alto.

- Individuos y sus familias en el marco de la valoración integral por momento de curso de vida dentro de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud o que están siendo atendidos por un evento de salud dentro o fuera de las RIAS de Riesgo.

➤ **Atenciones incluidas**

- Valorar la estructura y dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias

➤ **Descripción de la valoración**

La valoración integral a la familia¹⁷, se puede realizar con un individuo explorando la situación familiar a partir de su historia personal, y también con el grupo familiar directamente, aquel en el que participan por lo menos dos integrantes de la misma¹⁸. Siempre debe existir la condición de afiliación de por lo menos uno de los integrantes o la persona que consulta individualmente.

Esta atención debe realizarse una vez – al año- y se debe actualizar periódicamente y de acuerdo con la frecuencia sugerida por cada momento de vida, o si el caso lo amerita (por la identificación de novedades de salud como situaciones o eventos significativos que pueden afectar o están afectando la salud familiar)¹⁹.

La valoración integral de la familia, permite identificar capacidades y recursos personales y familiares que inciden en la salud familiar²⁰, y la evaluación del riesgo que se apoya en la evaluación del grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, apoyada en la aplicación de los instrumentos establecidos para tal fin con privilegio del APGAR Familiar.

17 La valoración familiar integral implica conocer no solo la condición de salud de sus miembros, sino las condiciones en que una familia se desenvuelve en su curso de vida en los diferentes entornos como las condiciones del hogar, el entorno comunitario, laboral y educativo; además de la estructura, las relaciones, dinámicas que se determinan al interior de la familia que afectan a sus miembros; así también las condiciones individuales de cada uno de sus integrantes que afectan la familia como sistema abierto. Estas condiciones anteriores, junto con la red de apoyo con la que cuenta la familia, afectan positiva o negativamente generando una serie de riesgos o factores protectores que sumados permiten a una familia responder adecuadamente a eventos adversos. Cuando la capacidad de respuesta es reducida se llama vulnerabilidad.

18 Entendiendo que recomendable la aplicación de instrumentos, verificación o ampliación de la valoración con la participación de 2 o más integrantes de la familia. Esto no invalida la indagación con uno o pocos integrantes. Cabe señalar que el establecimiento de una conversación amable, tranquila, abierta y flexible, puede acompañar este proceso con el fin de mayor información sobre la situación familiar que pueda ser relevante.

19 En el caso del abordaje directo a la familia, se deber realizar como mínimo con dos integrantes de la misma, incluyendo siempre un adulto. De manera especial, en contextos de zona rural y dispersa, se deben desplegar todas las medidas posibles para adelantarla en el entorno hogar a fin de poder conocer y verificar las condiciones de vida de la familia y facilitar la interacción con más integrantes. El reconocimiento de la situación de la familia deberá ser actualizado en la consulta de valoración de cualquiera de sus integrantes.

20 Reiterando que la salud familiar, no es la suma de la salud individual de sus integrantes, sino el resultado de las dinámicas emocionales, el grado de funcionamiento familiar, las relaciones, entre otras que inciden en la salud.

La información resultante de la valoración familiar, debe estar disponible de manera permanente, y cuando los integrantes de la misma, reciban cualquier tipo de atención en salud, de tal modo que pueda ser actualizada, ampliarse, verificarse o profundizarse. Es de anotar, que toda información derivada de la valoración familiar debe manejarse como perteneciente a la historia clínica y por tanto debe cumplir con todos los requisitos de protección de datos.

Los procedimientos a seguir se describen a continuación:

- **Anamnesis**

En esta consulta de valoración integral de la familia se realiza sobre los siguientes aspectos que se consideran condicionantes de la salud familiar, usando las herramientas descritas a continuación:

- a. **Estructura y dinámica familiar** mediante la realización del Familiograma y Apgar familiar que permitan identificar
 - Cómo está conformada la familia y las relaciones entre sus integrantes a fin de identificar situaciones que repercutan en la salud y desarrollo de sus integrantes.
 - Identificación del momento de curso vital de la familia (por ej. formación, extensión, contracción, disolución)
 - Vivencia de sucesos normativos y no normativos en la familia y sus integrantes y si se están afrontando de forma adecuada.
- b. **Situaciones particulares en salud de la familia y sus integrantes.** Entre otras, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales.
- c. **Contexto sociocultural de la vida familiar y redes de apoyo.** pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa.
- d. **Condiciones generales de vida, acceso a satisfactores básicos y acceso a servicios de salud.** Ocupación de los perceptores de ingresos en el hogar, suficiencia de los ingresos para satisfacción de necesidades básicas incluyendo alimentación, vivienda (material de pisos, techo y paredes, cantidad de habitaciones e indagación de hacinamiento, presencia de roedores, ubicación de la vivienda en zonas de riesgo –por ej.: inundación, deslizamiento entre otros); acceso a servicios públicos (agua potable, alcantarillado o en su defecto disposición de excretas luz eléctrica, gas o material con el que se cocina); composición básica de la dieta, oportunidades para el ocio y recreación; acceso a educación básica, secundaria y terciaria, y acceso a servicios sociales.
- e. **Expectativas e inquietudes de familia.** respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud para sus integrantes. Así mismo, indagar sobre

sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención.

- ***Información para la salud familiar***

La información en salud deberá realizarse sobre los aspectos más relevantes que se consideren a partir de la valoración de la situación de la familia que se sabe no serán abordados en las atenciones individuales contempladas. Se puede hacer énfasis en: derecho a la atención en salud, importancia de las relaciones armoniosas y afectivas, prácticas de saneamiento básico en la vivienda (por ej: hervir el agua, condiciones para el almacenamiento de agua, lavado de manos, disposición de excretas en lugares sin estos sistemas, eliminación de inservibles), medidas de prevención de accidentes en el hogar (por ej: uso de combustibles, medidas de prevención en viviendas con uso combinado con la producción), uso de toldillo (en zonas endémicas).

- ***Plan integral de cuidado primario de la salud***

Este plan, se define, según los hallazgos de la valoración familiar, y la concertación de compromisos con la familia, acorde con la verificación del acceso y complementariedad de las atenciones contempladas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

El reconocimiento y valoración de la situación y dinámica familiar desde la Anamnesis, permite identificar capacidades en el marco de la estructura, el curso de vida y las relaciones, así como situaciones que afectan la salud, o son percibidas como problemáticas, los cuales dan cuenta de la situación de salud de la familia en un marco de integralidad. Estas tendencias o elecciones concertadas, son las que se denominan prioridades que sirven de insumo en un momento posterior de abordaje a las familias, donde se promueve consolidación del Plan de cuidado en salud – con énfasis en la familia²¹-.

Como parte de las acciones del plan de cuidado y de acuerdo a la verificación del acceso a los servicios contemplados en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud se debe realizar la derivación a los siguientes servicios:

1. Consulta de valoración para cada uno de sus integrantes de acuerdo a los esquemas de atención contemplados por momento vital.

²¹ El Plan de Cuidado en salud a la familia, como parte del Plan de cuidado primario en salud, comprende desde la identificación de características generales de la familia; la valoración individual y familiar correspondiente, y la concertación de interacciones en salud con establecimiento de prioridades y opciones de canalización, pasando por el proceso de evolución familiar e identificación de novedades cuando sea el caso.

2. Educación grupal a individuos y sus familias para cada uno de los momentos vitales.
3. De acuerdo a los hallazgos, necesidades y expectativas de las familias, en el caso de tener dos o más integrantes de la familia adscritos o afiliados se debe derivar o canalizar a la Consulta de atención básica de orientación familiar para aquellas familias con situaciones prioritarias en salud familiar que en este caso a criterio del profesional que presta la atención, requiere que se profundice la valoración de su situación y recibir una atención en salud para la familia en su conjunto por parte de un profesional. Las siguientes consideraciones pueden servir para la identificación de dichas familias:
 - Con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
 - Con vivencia de sucesos vitales y de los momentos vitales de la familia que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y puedan afectar su salud.
 - En situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, familias dedicadas al reciclaje, etc).
 - Con algún integrante con discapacidad.
 - Identificación de familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
 - Con Prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia (p ej, descuidos en la higiene personal, prácticas y rutinas de alimentación desordenadas e inadecuada de los integrantes de la familia, ausencia de encuentros familiares que se relacionen con sentimientos de soledad y frustración de sus integrantes entre otros)
4. Educación Individual para la salud a la familia. Considere esta atención preferiblemente en las familias cuando se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto o de varios de sus integrantes.
5. Rutas específicas o tratamientos resolutivos en el caso riesgos, daños o alteraciones que correspondan a alguna de éstas. En caso de recibir atenciones en las rutas específicas o tratamientos resolutivos, debe verificarse su adherencia y promover la misma, así como continuar con las atenciones establecidas en la RIAPYMS.
6. Servicios del PIC de acuerdo al portafolio de servicios territoriales, por ejemplo, en caso de familias con riesgos ambientales en la vivienda y/ en su entorno, procesos de fortalecimiento a la participación de familias entre otros.
7. Canalización a servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial.

- *Instrumentos, insumos y dispositivos*

Se debe contar y aplicar los siguientes instrumentos²²: Familiograma, Apgar familiar²³, Ecomapa²⁴.

➤ *Atención básica de orientación familiar por medicina o medicina familiar, psicología, trabajo social o enfermería*

➤ *Objetivos*

- Profundizar en la identificación y análisis de capacidades y condiciones de funcionalidad de las familias, así como de factores protectores y detección de factores de riesgo de la salud familiar.
- Brindar orientaciones básicas acordes con la dinámica y situación familiar particular, el estado de las relaciones y la salud familiar, en el marco de la **consejería integral** que aporten a su dinámica y equilibrio en función del logro en salud.
- Evaluar la salud familiar y consolidar plan de cuidado concertado, definiendo si es necesario, la atención adicional requerida de acuerdo a las particularidades de la situación y lo concertado con las familias.

Población Sujeto

- Familias en general, por demanda espontánea.
- Familias identificadas, en cualquier atención de acuerdo a los criterios de situaciones y condiciones de la familia contemplados en la valoración integral e identificación de riesgo.
- Familias canalizadas por la dirección territorial en salud – DTS-
- Implica la citación de al menos dos miembros más de la familia a la consulta.

Atenciones Incluidas

Valorar la estructura y dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral

Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias

²² La aplicación de los instrumentos sugeridos (verificación o ampliación de su aplicación inicial), según evidencia, no tarda más de 12 minutos y puede darse un lapso para preguntas abiertas y exploración adicional de situación familiar con el individuo participe

²³ Se debe promover aplicación a por lo menos 3 miembros de la familia.

²⁴ Orientado a la identificación general de relaciones y redes de apoyo social y comunitario.

Descripción de la Atención

En esta consulta de atención básica de orientación familiar²⁵, es necesario que asista preferiblemente el núcleo principal de la familia, como mínimo con dos integrantes, de preferencia con la presencia de un adulto²⁶, bien sea cuando la familia accede por demanda espontánea, o cuando es canalizada por la dirección territorial, o es derivada de una atención individual de unas RIAS²⁷ u otra atención. Además, si es necesario evaluar otros aspectos o profundizar en el abordaje, se buscará la participación de otros integrantes.

Esta consulta de atención básica de orientación familiar, comprende la profundización y análisis de las condiciones de la dinámica familiar, considerando su estructura y funcionalidad, generadores de salud familiar y desarrollo integral; evaluar y /o analizar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias; ampliar y profundizar en la información recogida en la valoración familiar.

Esta consulta, comprende de manera principal la orientación y acompañamiento en el marco de una **consejería integral**, que implica escucha activa y comprensiva, y orientaciones generales que aporten a la reflexión al interior de la familia, y la adopción de relaciones de cuidado y transformación de conflictos, entre otros, lo cual debe superar la visión de información – educación, sin que constituya una intervención resolutoria²⁸, tratando esta última situaciones de crisis mayor que requieren tratamiento especializado. Implica una atención que permite ampliar el análisis conjunto, centrado en el reconocimiento de causas, motivadores o disparadores de situaciones que inciden en la salud familiar, considerando condiciones y contextos particulares del funcionamiento familiar. Esta atención contribuye a la consolidación del plan de cuidado primario (teniendo presente capacidades, protectores y riesgos).

²⁵ Esta consulta se plantea en clave de orientación y consejería integral. Implica un abordaje profesional de orientación, asesoría y apoyo en salud, sobre aspectos de la situación y dinámica familiar que permiten a los participantes de la consulta, identificar posibilidades de fortalecimiento, resolución de conflictos, identificación de recursos, estrategias de afrontamiento y oportunidades de actuación que redunden en beneficio de su salud familiar.

²⁶ Respetando las orientaciones y recomendaciones que para cada momento de vida se expidan, como en el caso de la adolescencia, y en consideración de la autonomía y decisión de las personas. En el caso de primera infancia, infancia y adolescencia, se considera importante contar con la participación de los padres o aquellos responsables de su cuidado con los que convive. Cabe señalar en el caso de los adolescentes, que se debe privilegiar la consulta individual inicialmente, respetando la decisión del adolescente de permanecer solo en la misma o acompañado por uno de los padres y/o cuidadores. Pero, siempre se debe acompañar el proceso con el abordaje familiar en situaciones de alto riesgo para la seguridad misma del adolescente y/o su familia. En el caso de embarazadas, se debe considerar la pareja con la que convive, si no tiene o no convive con ella o por decisión propia, o es menor de edad, los padres o referentes inmediatos. En el caso de adultos mayores y enfermos crónicos, el cuidador primario y otro familiar (preferiblemente padres o hermanos del enfermo)²⁶. Cuando la consulta familiar es derivada de la consulta individual, el individuo que genera el caso índice, debe hacer un consentimiento informado de la participación de la familia en la consulta. Esto en el caso de jóvenes, adultos y adultos mayores.

²⁷ Ruta integral de promoción y mantenimiento de salud, rutas específicas y otras atenciones.

²⁸ Trasciende procesos educativos, en tanto, no constituye una orientación general sobre temas o capacidades genéricas, y no constituye un proceso de formación sistemático, sino que se concentra profundizar en el análisis conjunto de la situación y dinámica particular de la familia, y no constituye una consulta resolutoria, en tanto, no genera intervención especializada frente a situaciones de alto riesgo que deben ser tratadas por especialistas.

Esta consulta corresponde a una actividad con CUPS de consulta médica o por profesional de la salud dependiendo de quien la realice.

Anamnesis

La información relevante a indagar en la dinámica, situación e historia familiar, exige considerar los siguientes aspectos para el análisis y abordaje de la salud familiar:

- Ampliación de la valoración mediante actualización y verificación de datos de la situación familiar –provenientes de la consulta de reconocimiento inicial, profundizando con entrevista contextualizada de acuerdo al caso.
- Identificación y valoración de cuidadores mediante la aplicación de la escala de Zarit para descartar sobrecarga del cuidador en familias con esta situación.
- Identificación de capacidades de desarrollo y cuidado de la salud para fortalecer en familias.
- Identificación de situaciones y dinámicas familiares afectadas por manejo de conflictos, estilos de comunicación. Por ej. Dificultad en la delimitación de roles y funciones, dependencia o desprendimiento excesivo, frustración de expectativas, lucha de poder y autoridad, conformación multigeneracional, presencia de integrantes en un momento vital como adolescencia, vejez con inadecuado manejo de relaciones, entre otros.
- Identificación de sucesos vitales y/o de los momentos del curso de vida de la familia que puedan requerir acompañamiento para su adecuada resolución. Por ej. en proceso de asunción de roles y tránsito entre la formación, consolidación, disolución de las familias y relaciones, o con escasos recursos y estrategias de afrontamiento de acontecimientos como pérdidas, separación, entre otros.
- Identificación de situaciones de vulnerabilidad social que demanden esfuerzos adicionales a la familia y sus miembros, incidiendo en factores que sostienen o afectan su salud. Por ej. Recursos, estrategias y estilos de afrontamiento de situaciones de presión social a las familias o algunos de sus integrantes como consumo SPA, pandillismo, actividades delictivas, exigencia social de consumo, explotación sexual, conflicto armado, entre otros.
- Identificación de situaciones de familias con algún integrante con discapacidad que requieran apoyo para promover dinámica armónica de sus relaciones.
- Reconocimiento de prácticas del cuidado familiar que pongan en riesgo la salud familiar o que requieran ser fortalecidas de acuerdo a la situación.
- Identificar situaciones que requieren atención resolutiva mediante intervención familiar (intervención en crisis, terapia familiar), como: disfunción familiar, sucesos o crisis no resueltas (normativas y no normativas), trastornos y problemas en salud mental, violencias entre otros.

Orientación en salud familiar

En el marco de esta consulta, se debe orientar a la familia de acuerdo a la situación familiar, las capacidades, intereses, expectativas y riesgos identificados.

Plan Integral de Cuidado

Como parte del Plan de cuidado primario en salud, esta atención en salud con especial énfasis en la familia, debe contemplar:

- Educación en salud para la familia para el fortalecimiento y desarrollo de capacidades de la familia que se identifiquen como necesarias para trabajar, teniendo como uno de los ejes fundamentales, el cuidado y promoción de la salud.
- Canalización a rutas específicas o tratamientos resolutivos en el caso riesgos, daños o alteraciones que correspondan a alguna de éstas. En caso de recibir atenciones en las rutas específicas o tratamientos resolutivos, debe verificarse su adherencia y promover la misma, así como continuar con las atenciones establecidas en la RIAPYMS.
- Canalización a servicios del PIC de acuerdo al portafolio de servicios territoriales.
- Canalización a servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial para apoyar a las familias con las situaciones priorizadas.

Instrumentos

Se debe contar con lo siguiente: Familiograma, Apgar familiar, Ecomapa, Escala de Zarit.

- *Educación en salud en salud individual o grupal por medicina o especialista en medicina familiar, psicología o enfermería.*

Objetivo

Desarrollar las capacidades de las personas, familias, comunidades y organizaciones para comprender las situaciones de salud que viven; con especial énfasis en la salud familiar y comunitaria; construir, apropiar e implementar los saberes necesarios para aportar a la adopción de prácticas de cuidado en salud y al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud (tanto individuales como familiares y colectivas, en sus contextos específicos) y contribuir, como agentes sociales de cambio, en la garantía del derecho a la salud.

Población sujeto

Las familias, tanto en su configuración como grupo familiar, así como varias familias en conjunto, tiene derecho a esta atención educativa desde la perspectiva de la promoción de la salud familiar y comunitaria.

Es de anotar, que en el marco de la garantía de derechos las personas, familias y comunidades podrán ser sujeto de atención en cualquiera o varias de las modalidades de la educación para la salud (individual, grupal o colectiva), buscando que haya complementariedad de las mismas con el fin de lograr el mayor impacto en el desarrollo de capacidades y los resultados de salud esperados.

La educación individual, va dirigida para la población sujeto de la atención (p ej adolescentes, padres y cuidadores de niños o adultos mayores) en quienes se considere necesario profundizar en la comprensión de aspectos relevantes para el mejoramiento de su salud, según los hallazgos de la consulta de valoración o en los casos en que no sea factible la participación de las personas en las sesiones de educación grupal.

La educación grupal se divide en tres tipos de acuerdo a la población sujeto:

1. Grupos que comparten un mismo momento vital y en la que puede participar padres y cuidadores, este último caso para primera infancia, infancia, adolescencia y adulto mayor).
2. Grupo familiar, asumiendo a la familia como sujeto de la atención educativa, con la participación de dos o más integrantes, contando con un adulto preferiblemente, cuando sea pertinente según el caso.
3. Grupos de familias que comparten situaciones priorizadas que ameritan un proceso educativo.

A la educación grupal del primer tipo se accede por demanda espontánea. A todos los tipos se accede derivado desde alguna otra atención del POS o de las acciones PIC (por ejemplo, mediante las acciones de canalización o las acciones de educación colectiva).

La educación colectiva está dirigida a la población de un territorio (p ej barrio, vereda, comuna) o entorno (escuela, comunitario, laboral, hogar, institucional) y se puede dirigir al conjunto de la población que habita en estos territorios o entornos o bien a poblaciones en ciertos momentos del curso de vida.

Descripción del Proceso Educativo orientado a fortalecimiento de Capacidades de las familias.

En el caso de la educación individual a la familia²⁹ y educación grupal para la familia – reconocida como sujeto y fin de la atención en salud, los contenidos dependerán de los hallazgos del estado de salud y de las capacidades de cada persona y su familia, relacionadas con el cuidado de la salud. Esta educación se orienta desde el enfoque de capacidades y por tanto, busca priorizar la(s) capacidades que tengan mayor incidencia en contribuir a superar los hallazgos identificados en la valoración y la consulta. El desarrollo de este proceso va en sintonía con las orientaciones generales de los procesos educativos del Lineamiento de la Ruta.

Para el desarrollo de la educación grupal del tipo 1 y 3, así como la colectiva, se plantea una propuesta de capacidades y contenidos a tener en cuenta, de tal modo que sirva para orientar la estructuración de los ciclos educativos dirigidos, según el caso y de acuerdo con el criterio profesional, a las personas en cada momento del curso de vida o a las familias, cuyo número mínimo de sesiones en el caso de la educación grupal se contemplan en los esquemas de atención por cada momento vital. Estos ciclos pueden ser ajustados de acuerdo con:

- i) la identificación de capacidades a ser fortalecidas con las personas, familias y comunidades,
- ii) las necesidades de salud identificadas, y
- iii) las expectativas, intereses e inquietudes de los grupos de participantes con los que se trabajará.

Para la planeación de las sesiones se podrán seleccionar algunos de los contenidos propuestos en el procedimiento, es decir que no es imperativo desarrollarlos todos, sino seleccionar los que tengan mayor potencial movilizador de la capacidad, los que se requieran con mayor énfasis dados los hallazgos de las consultas o dados los intereses manifestados por los individuos y las familias.

Condiciones de operación y complementariedad

- Prestación del servicio en los entornos que garanticen mejor cobertura
- Identificación de puntos de intersección sectorial en cuanto a acciones educativas con el fin de concertar y definir procesos educativos integrales y complementarios, con el fin de no duplicar acciones con las misma población, entorno o territorio (p ej barrio, vereda). Esto implica generar los espacios de concertación con las respectivas Direcciones Territoriales, que permitan establecer procesos de

²⁹ Entendiendo en este caso la atención a una familia como sujeto de derecho y acciones educativas dirigidos a la familia – en su configuración integral de grupo familiar – distinto de un conjunto de familias que configuraría una educación grupal a las familias.

complementariedad, tanto en los territorios que se abordan como en las capacidades a desarrollar, y las formas de adelantar procesos y acciones educativas.

- Considerar la factibilidad de adelantar dos sesiones como máximo en media jornada en los casos en que sea difícil garantizar la asistencia de participantes a mayor número de sesiones.
- Considerar la realización de las sesiones en jornada extracurricular, extralaboral o los días sábados.
- Considerar opciones de virtualidad con supervisión para el desarrollo, dadas las dificultades para la movilización, o bien, dadas las características socio psicológicas de ciertos grupos como adolescentes.
- Considerar siempre la participación, flexibilidad y adaptación en la definición y realización de metodologías, tiempos y contenidos de los procesos educativos, acorde con las características socio culturales y particularidades de la población y el territorio³⁰.

A continuación, se presenta una propuesta de orientaciones a seguir desde el reconocimiento de capacidades familiares a fortalecer:

Orientaciones para la educación a un grupo familiar o grupos de familias	
Objetivo	Fortalecer las capacidades de la(s) familia(s) relacionadas con la dinámica familiar, establecimiento de condiciones mínimas de equilibrio y asunción de responsabilidad relacional como aporte al logro de la salud familiar y de sus integrantes
Intervenciones de a RPYMS	• Promover la identificación y promoción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales
	• Promover la sana convivencia
	• Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud
	• Promover el cuidado a cuidadores
	• Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro

³⁰ Se deben orientar los esfuerzos para garantizar apropiación e incidencia con una visión de integralidad, de proceso y continuidad para evitando fragmentación de sesiones, o caer en instrucciones de orden temático o por evento.

Resultados esperados	Capacidades a trabajar con las familias	Contenidos propuestos
Familias con dinámicas familiares funcionales y estables	Familias capaces de:	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de los vínculos afectivos • Comunicación asertiva Curso de vida de las familias-momentos del desarrollo familiar (pueden ser por ej las referidas a: formación, extensión, disolución, contracción... por mencionar desde un enfoque... Tareas y acontecimientos familiares cotidianos <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento de sucesos vitales normativos o no normativos
	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer su dinámica familiar y estilos de funcionamiento. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las formas de afrontamiento y adaptación frente a los puntos de inflexión, trayectoria y transiciones en el marco del curso de vida familiar 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar sus posibilidades y capacidad de autonomía como grupo familiar 	
Familias resilientes y empoderadas frente a situaciones de vulnerabilidad y adversidad	Familias capaces de reconocer sus recursos, posibilidades de afrontamiento, adaptación y transformación de situaciones adversas y/o condiciones que inciden en su estabilidad y salud familiar.	Reconocimiento de factores protectores y de riesgo en casos particulares (social, cultural, condiciones de discapacidad, enfermedad, etc)
	Las familias logran capacidades para	
Familias con prácticas de cuidado familiar saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el Cuidado y reconocimiento de la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar 	Cuidado y crianza compartida Cuidado de sí y cuidado mutuo
	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer y construir saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar 	
Cuidadores identificados y cuidados en el ámbito familiar y comunitario	Las familias logran: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer y desplegar recursos y estrategias propias para el cuidado de sus cuidadores • Reconocer el valor del "cuidado" en un marco relacional de apoyo y de convivencia 	Vínculos de solidaridad y cooperación
		Concepciones y prácticas que favorezcan la salud mental de los cuidadores primarios y sus familias.
		Planeación y ejecución adecuadas de los cuidados de acuerdo a las condiciones de cada situación en particular.
		Estrategias para el manejo de situaciones difíciles, reforzar conocimientos y hacer seguimiento.
		Dinámicas familiares saludables para cuidadores.

Resultados esperados	Capacidades a trabajar con las familias	Contenidos propuestos
		<p>Servicios de apoyo, información, formación, ayuda en la gestión de medios, movilización de redes e intervención en caso de identificación de riesgos y/o cansancio el desempeño del rol de cuidador.</p> <p>Conformación de redes de personas cuidadoras, instituciones y grupos de apoyo comunitarios para el ejercicio del oficio de cuidar.</p> <p>Derechos de los cuidadores y la importancia de mantener condiciones de bienestar en el quehacer del cuidado.</p>
Familias con entornos saludables	<p>Familias que crean, transforman y se relacionan con Entornos saludables</p> <p>Familia que hacen de su entorno Hogar en escenario de seguridad, confianza y salud</p>	<p>Reconocimiento del hogar como sitio de seguridad y acogida para las personas y las familias</p> <p>Mantenimiento de un ambiente seguro, prevención de accidentes y riesgos.</p> <p>Cuidado y protección del ambiente</p> <p>Relación y transformación de entornos hacia condiciones saludables</p>
Familias con estilos, modos y condiciones de vida saludables	<p>Familias que aprenden a asumir y transformar rutinas, modos y estilos de vida saludable en familia.</p>	<p>Modos de vida en familia</p> <p>Posibles estilos de vida familiar</p> <p>Condiciones para el desarrollo de la vida familiar y de la vida en familia</p>
Familias que viven y promueven la sana convivencia	<p>Familias que aprenden y valoran la vida de familia y su relación con la comunidad</p> <p>Familias que aprenden y manejan elementos básicos y adecuados a sus características como familia en resolución de conflictos</p> <p>Familias que Valora la construcción de paz en escenarios cotidianos del hogar y relaciones sociales y comunitarias.</p>	<p>Relaciones solidarias y equitativas entre géneros sin violencia</p> <p>Respeto por la diversidad y la diferencia</p> <p>Relaciones intrafamiliares e intergeneracionales favorables.</p> <p>Autorregulación y mutua regulación de las formas de interacción cotidiana.</p>

Resultados esperados	Capacidades a trabajar con las familias	Contenidos propuestos
Redes sociales y comunitarias como soporte a las familias	Familias en relación con redes sociales y comunitarias de apoyo reconocidas, estables y sostenibles	Vínculos, redes y relaciones
Familias que reconocen y practican los derechos en salud	Familias empoderadas en derechos, los reconocen, los defienden y promueven.	Promoción – reconocimiento
		Defensa y exigibilidad
		Derechos de la familia

BORRADOR